Psihologie

Ion Dafinoiu

Elemente de PSIHOTERAPIE INTEGRATIVĂ



Collegium

POLIROM

COLLEGIUM

Psihologie

Seria *Collegium. Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau

Ion Dafinoiu – profesor doctor la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, şeful Catedrei de Psihologie Medicală şi Psihopedagogie Specială din cadrul Universităţii „Al.I. Cuza", Iaşi, vicepreşedinte al Federaţiei Române de Psihoterapie, preşedinte al Asociaţiei Române de Hipnoză Clinică, Relaxare şi Terapie Ericksoniană. Este titularul cursurilor: *Psihodiagnostic clinic*, *Psihoterapii scurte*, *Hipnoză clinică şi terapie ericksoniană*, predate la universitatea ieşeană, şi al cursului *Research Methods in the Social Sciences*, predat în cadrul masterului european *Perspectives on Social Inclusion*. Coordonator al colecţiei „Psihologie clinică şi psihoterapie" a Editurii Polirom. De acelaşi autor: *Sugestie şi hipnoză* (Editura Ştiinţifică şi Tehnică, 1996), *Personalitatea. Metode calitative de abordare: observaţia şi interviul* (Editura Polirom, 2002), *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice* (în colaborare, Editura Polirom, 2003), *Research Methods in the Social Sciences* (Peter Lang, 2003), *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici* (în colaborare, Editura Polirom, 2005).

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 03017

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

DAFINOIU, ION

Elemente de psihoterapie integrativă / Ion Dafinoiu – Iaşi : Polirom, 2007

Bibliogr.

ISBN : 978-973-46-0843-0

615.815

Printed in ROMANIA

Ion Dafinoiu

Elemente de PSIHOTERAPIE INTEGRATIVĂ





POLIROM
2007

Tabla de materii

CUVÂNT ÎNAINTE

„Fiecare persoană este un individ unic. De aceea psihoterapia ar trebui formulată pentru a putea întâlni unicitatea nevoilor individuale, mai degrabă decât să croiască persoana pentru a se potrivi cu patul procustian al unei teorii ipotetice a comportamentului uman."

M. Erickson

În România de azi, psihoterapia devine un element din ce în ce mai important în strategia terapeutică adoptată în domeniul tulburărilor psihice. S-a depăşit deja disputa „psihoterapie *sau* chimioterapie", singura problemă în discuţie se referă doar la realizarea celei mai bune combinaţii între aceste două abordări terapeutice, în funcţie de pacient şi problemele lui. Medicii au ajuns la concluzia că tabletele – deşi foarte utile – nu dau răspunsuri la întrebările dramatice pe care şi le pun pacienţii, iar psihologii au înţeles, şi ei, că psihoterapia are, şi ea, limitele ei.

Cartea de faţă se adresează psihologilor, medicilor, asistenţilor sociali, pedagogilor, studenţilor (care se pregătesc în profesiile menţionate) etc. Ea poate fi utilă atât profesioniştilor, pentru care psihoterapia este o activitate practicată după anumite canoane ştiinţifice, cât şi altor practicieni care, prin natura activităţilor lor, intră în contact cu problemele, durerile şi nevoile oamenilor.

În condiţiile în care numărul de sisteme, teorii şi abordări terapeutice depăşeşte astăzi cifra de patru sute (Norcross, Goldfried, 1998), orice terapeut, dar mai ales diletanţii în domeniul psihoterapiei (care în România sunt într-un număr în continuă creştere) se află în faţa unor întrebări importante : Care este cea mai bună teorie ? Care sunt limitele teoriei la care ader ? Răspunsurile la aceste întrebări, şi la altele din aceeaşi categorie, nu sunt uşor de găsit, mai ales că, la noi, cu rare excepţii, formarea în domeniul psihoterapiei nu are încă un caracter sistematic şi fiecare formator, din cauza unor tendinţe narcisiace fireşti şi a dorinţei de a mări credibilitatea competenţei sale, are tendinţa de a supralicita virtuţile curative ale sistemului la care aderă.

Această situaţie îmi aminteşte de una din metaforele frecvent utilizate pentru a arăta că nu există decât un singur răspuns la întrebările referitoare la marile tendinţe actuale în psihoterapie şi consiliere.

Pe o insulă îndepărtată, tinerii învăţăcei aflaţi în căutarea unei abordări teoretice şi practice pentru a explica existenţa umană şi-au propus să consulte mai mulţi înţelepţi.

Primul înţelept le propune o filosofie de viaţă care are la bază culoarea albastră. El subliniază cu convingere că cea mai importantă culoare a curcubeului este cea albastră. Al doilea înţelept, îmbrăcat în întregime în haine roşii, le prezintă o filosofie total diferită. El laudă virtuţile culorii roşii, care ar fi culoarea cea mai importantă pentru realizarea confortului oricărei persoane. Contrar celor doi colegi, cel de-al treilea înţelept a început să laude meritele culorii galbene. El le vorbeşte pe larg despre pace, confort şi linişte. A alege galbenul înseamnă, după acest înţelept, a alege pacea interioară.

Apoi, tinerii elevi asistă la prezentarea filosofiilor fondate pe combinarea a două culori primare... Şi de data aceasta fiecare înţelept pretinde, pe rând, că modul lui de abordare ar fi cel mai eficient pentru înţelegerea existenţei umane.

După aceste discursuri, majoritatea tinerilor învăţăcei se întrebau confuzi şi dezorientaţi ce culori să aleagă şi după ce criterii. La capătul câtorva zile de reflexie, ei sunt convocaţi în cadrul unei ultime întâlniri pentru a comunica ce orientare filosofică au ales. Spre marea lor surpriză, ei au fost primiţi de marele guru al insulei care a şi contabilizat opţiunile, foarte disparate, exprimate : combinări de două culori – 58% ; albastru – 20% ; galben – 13%, roşu – 9%.

Marele guru le-a propus, apoi, o experienţă. El a dispus culorile curcubeului pe un disc pe care a început să-l rotească. Pe măsură ce el accelera mişcarea, apărea, spre marea uimire a tinerilor elevi, culoarea albă. Au început atunci să discute împreună despre natura şi compoziţia acestui nou fenomen. (Dufour, 1993, pp. 36-37)

Tendinţele integrative, din ce în ce mai evidente, în domeniul psihoterapiei actuale îşi au originea, între altele, în nevoia psihoterapeuţilor de a construi abordări curative flexibile cu mare potenţial creativ, capabile să întâlnească unicitatea problemelor pacienţilor care solicită ajutorul lor.

Nu pacientul trebuie să se schimbe pentru a confirma adevărul teoriilor noastre ; noi, terapeuţii, trebuie să creăm cadrul adecvat care să ne permită ca, împreună cu pacientul, să găsim soluţia „unică" pentru problema sa „unică".

Cuvântul care pare să descrie cel mai bine actul terapeutic este cel de ***construcţie***.

Indiferent de teoria la care aderă terapeutul, această construcţie îi are ca autori, în egală măsură, pe cei doi protagonişti ai actului terapeutic – terapeut şi pacient – şi are drept scop generarea unei realităţi psihosociale care să facă posibilă schimbarea terapeutică. O parte din elementele acestei construcţii sunt prezentate în această carte : ***relaţia terapeutică***, ***aşteptările pacientului şi ale terapeutului***, ***interpretarea***, ***reformularea***, ***resemnificarea***, ***inconştientul***, ***rezistenţa şi conflictul***, ***prescripţiile paradoxale şi intervenţiile indirecte de tip metaforic***. Majoritatea acestor elemente sunt întâlnite – uneori sub alte denumiri – în teoretizările de tip integrativ, cu eticheta „factori comuni" majorităţii abordărilor psihoterapeutice.

Cadrul general al oricărei terapii este creat de ***relaţia terapeutică*** ; ea asigură construirea unei noi realităţi psihosociale prin utilizarea unor coduri de relaţionare care transgresează în mod deliberat regulile cotidiene. Într-un cadru în care pacientul

nu mai este securizat de obiceiuri, uzanţe şi coduri obişnuite, în care tabu-urile socio-culturale sunt anulate şi se află sub imperiul altor reguli şi interdicţii, el trăieşte o stare în care sunt puse sub semnul întrebării fundamentele pe care se sprijină echilibrul lui psihologic, simptomul fiind unul din elementele acestui echilibru.

Travaliul pe care îl implică procesul ***construcţiei terapeutice*** se situează fie la nivelul „hărţii" – al imaginii pe care pacientul o are despre el însuşi şi despre situaţia în care se află – fie la nivelul „teritoriului" – comportamente, elemente ale mediului familial etc. Indiferent de opţiunile teoretice, majoritatea psihoterapeuţilor admit că schimbarea – scopul oricărei construcţii terapeutice – este un proces complex, în ecuaţia căreia intră şi rezistenţa la schimbare. Cum poate fi depăşită rezistenţa? Trebuie depăşită orice rezistenţă? Sunt doar câteva întrebări la care ne-am propus să răspundem în capitolul despre ***rezistenţă şi conflict***.

Interpretarea, ***reformularea*** şi ***resemnificarea*** (*reframing*) sunt elementele cele mai importante ale structurii verbale a construcţiei terapeutice. Majoritatea psihoterapeuţilor îşi propun să rescrie istoria pacientului, povestea sa (*history = his story*). De cele mai multe ori pacientul trăieşte într-o manieră dramatică prezentul şi viitorul, deoarece istoria sa, aşa cum o povesteşte terapeutului, nu-i oferă punctele de sprijin necesare pentru a da existenţei sale sensul dorit. Utilizând cele trei tipuri de intervenţie verbală menţionate, terapeutul corectează şi completează „istoria" pacientului, având la bază credinţa în atotputernicia cunoaşterii în procesul deosebit de complex al adaptării umane.

În bună măsură, activitatea psihoterapeutului constă în a explora limitele imaginii pe care o are pacientul despre realitatea în care trăieşte şi de a-i completa această imagine, mărindu-i astfel posibilităţile de alegere. Limitele reprezentării sale sunt limitele limbajului utilizat pentru a o descrie. ***Meta-modelul pentru limbaj***, propus de neuroprogramarea lingvistică şi prezentat în această lucrare, oferă terapeutului instrumentele necesare pentru a accede la structura profundă a experienţei pacientului şi a identifica o serie de violări semantice în procesul comunicării.

În sfârşit, cadrul general de factură integrativă prezentat de această lucrare cuprinde consideraţii utile pentru orice practician cu privire la ***metafora terapeutică şi prescripţiile paradoxale***.

Metafora terapeutică favorizează distanţarea pacientului de propriul conflict, externalizarea lui. În povestea terapeutică, spune Bettelheim, procesul intrapsihic generat de situaţia problematică este externalizat şi devine astfel mai accesibil unui examen raţional când este reprezentat de personajele şi evenimentele poveştii. În plus, orice poveste schimbă perspectiva şi cadrele de referinţă, dezvăluind noi semnificaţii, oferind o imagine mai completă asupra problemelor noastre. Cum alcătuim metaforele terapeutice, cum pot fi ele utilizate în diversele lor forme (poveste, obiect metaforic, ritual metaforic) – sunt doar câteva întrebări care ne-au orientat în scrierea capitolului „Metafora terapeutică".

Prescripţiile paradoxale îşi propun să spargă stereotipurile logice care îl fac pe pacient prizonierul unor „soluţii ce menţin problema" (Watzlawick). Ele au la bază

ideea că, în gândirea oricărui individ, coexistă mai multe niveluri logice, în plan conştient sau inconştient, şi că acestea pot fi emise simultan într-o comunicare interumană. Paradoxul terapeutic mobilizează un „joc" între ceea ce este ascuns şi ceea ce este aparent, între ceea ce este spus şi ceea ce este nespus... Lectura capitolului referitor la prescripţiile paradoxale evidenţiază cititorului mecanismele psihologice care fac din aceste prescripţii elemente ale unui adevărat „Judo psihologic", în care energia investită în simptom şi rezistenţa la schimbare sunt utilizate pentru provocarea schimbării terapeutice.

Spunem deseori studenţilor noştri că psihoterapia se aseamănă cu mersul pe bicicletă ! Nu putem învăţa să mergem pe bicicletă citind despre bicicletă ! Pentru a fi un bun terapeut, lectura cărţilor care prezintă sisteme, metode şi tehnici terapeutice este un pas necesar, dar nu suficient. El trebuie urmat de practica metodelor şi tehnicilor respective, de formarea unor deprinderi suficient de flexibile pentru a nu sufoca spiritul creativ necesar oricărui terapeut. La capătul acestui drum al devenirii, terapeutul însuşi devine factor curativ.

I. Dafinoiu

Capitolul I

PSIHOTERAPIA – FIȘA DE IDENTITATE

1. Definirea psihoterapiei în contextul intervenţiilor clinice

Definirea psihoterapiei este o sarcină foarte complexă şi dificilă. Ea are implicaţii atât teoretice şi practice, cât şi juridice. Dacă primele aspecte sunt evidente, cele juridice vor face, cu siguranţă şi la noi, subiectul dezbaterii specialiştilor, dacă şi în România, la fel ca în multe ţări din Europa, psihoterapia va fi decontată prin sistemul de asigurări de sănătate. Referindu-se la acest aspect, Watkins (1965) nota: „Legiuitorii şi curtea de justiţie au ajuns la concluzia că este aproape imposibil să defineşti «psihoterapia» astfel ca ea să includă, cu acordul general al psihoterapeuţilor, ceea ce este psihoterapie şi să excludă ceea ce nu este psihoterapie" (Clarkson şi Pokorny, 1994, p. 3).

Definiţiile date psihoterapiei se situează între două extreme: de la definiţii foarte înguste – conform cărora doar psihanaliza este singura psihoterapie „adevărată", până la definiţii foarte largi, care includ în domeniul terapiei orice formă de influenţă personală ce vizează un individ sau un grup, cu scopul rezolvării unor probleme sau îmbogăţirii experienţelor de viaţă (Walrond-Skinner, 1992, p. 280).

Dacă primul tip de definiţie este prea exclusiv, al doilea tip riscă să includă activităţile *psihoterapeutice* şi ale altor profesionişti, în afara psihoterapeuţilor recunoscuţi ca atare, precum preoţi, profesori, surori medicale etc., dar şi comportamentele de influenţă ale vânzătorilor, vecinilor etc...!

Chiar dacă, în practică, termenul de psihoterapie se referă doar la activitatea profesioniştilor specializaţi în acest domeniu, tot mai rămân câteva aspecte problematice. Astfel, dacă termenul de psihoterapie este restrâns doar la utilizarea terapeutică a intervenţiilor verbale, atunci efectele terapeutice ale artei, muzicii, dansului, jocului etc. sunt excluse din domeniul psihoterapiei. Este ilustrativă, în acest sens, definiţia dată de Brown şi Pedder (1979) conform căreia psihoterapia este „esenţialmente o conversaţie care implică ascultarea şi discutarea cu cei ce au tulburări cu scopul de a-i ajuta să-şi înţeleagă şi să-şi rezolve situaţiile lor problematice" (*cf.* Walrond-Skinner, 1992 p. 280). În plus, această definiţie face ca beneficiarii psihoterapiei să fie doar cei diagnosticaţi ca având *probleme psihologice* recunoscute ca atare, excluzând, astfel, din domeniul psihoterapiei tehnicile de auto-actualizare şi dezvoltare utilizate cu oameni „normali".

Există şi alte întrebări pe care le ridică definirea psihoterapiei. *Problemele* asupra cărora este centrată psihoterapia sunt de natură biologică, socială sau existenţială? *Unitatea de tratament* ar trebui restrânsă la individ sau ar trebui să includă, în mod firesc, cupluri, grupuri, familii sau alte sisteme de relaţii? Există una sau mai multe *teorii ale schimbării*?

Toate aceste întrebări, ca şi multe altele (a se vedea P. Gerin, A. Dazord, 1992), îşi au, în ultimă instanţă, originea în caracterul particular al cunoaşterii ştiinţifice pe care se bazează toate psihoterapiile moderne şi care „nu corespunde foarte exact standardelor ştiinţei contemporane în domeniile biomedical, psihologic sau social. Cunoştinţele noastre de psihoterapie sunt în mare măsură fundamentate pe teorii clinice, elaborate în baza practicii a numeroşi indivizi remarcabili" spune D. Orlinsky (1992, p. 7). Dar, continuă el, metodele de culegere a datelor, ca şi cele de verificare a validităţii lor nu respectă întru totul standardele utilizate în alte domenii ale cunoaşterii ştiinţifice. Marile sisteme psihoterapeutice moderne s-au dezvoltat la începutul secolului XX, deci cu 80-100 de ani în urmă, înainte ca principiile cercetării psihologice şi sociale moderne să fi fost dezvoltate. Adepţii diverselor şcoli psihoterapeutice şi-au dezvoltat de multe ori teoriile mai degrabă în respectul pentru cadrul teoretic propus de iniţiatorul şcolii decât promovând consecvent principiile cunoaşterii ştiinţifice unanim acceptate. De aceea asistăm astăzi la o continuă diversificare a modalităţilor terapeutice care, deşi fundamentate pe teorii aparent conflictuale, îşi afirmă fiecare eficienţa.

Lipsa unei baze teoretice unitare, unanim acceptate, creşte dificultatea definirii psihoterapiei şi domeniului său de aplicare şi face mai problematică punerea prestigiului de care se bucură astăzi ştiinţa în rândul publicului larg, în slujba practicii psihoterapeutice. Având în vedere aceste considerente şi conştienţi de limitele definiţiilor în acest domeniu, considerăm, împreună cu Strotzka: *„Psihoterapia este un proces interacţional conştient şi planificat ce-şi propune să influenţeze tulburările de comportament şi stările de suferinţă care, printr-un consens (între pacienţi, terapeut şi grupul de referinţă), sunt considerate ca necesitând un tratament, prin metode psihologice (prin comunicare, cel mai adesea verbală, dar şi neverbală), în sensul unui scop bine definit, pe cât posibil elaborat în comun (minimalizarea simptomelor şi/sau schimbarea structurală a personalităţii), cu ajutorul unor tehnici ce pot fi învăţate în baza unei teorii a comportamentului normal şi patologic. În general, aceasta implică o relaţie emoţională solidă"* (Strotzka, 1978, *cf.* Huber, 1994, p. 57).

Spre deosebire de metodele farmacologice şi sociale, psihoterapia presupune utilizarea sistematică a relaţiei dintre terapeut şi pacient sau

grup de pacienţi cu scopul de a produce schimbări în cogniţii, emoţii şi comportamente. Cele mai multe definiţii implică ideea că psihoterapia este tratamentul conflictelor psihologice, indiferent prin ce fel de simptome se exteriorizează acestea.

Având în vedere multitudinea de şcoli, metode şi tehnici de intervenţie, lipsa unei teorii unitare asupra personalităţii, precum şi problemele multiple cu care se confruntă cercetarea ştiinţifică în domeniul psihoterapiei, putem fi puşi relativ uşor în situaţia de a ne întreba dacă o metodă oarecare de intervenţie este sau nu psihoterapie. Pentru a ne descurca într-o astfel de situaţie putem utiliza criteriile operaţionale menţionate de Huber (1994). Astfel, o metodă de intervenţie poate fi considerată psihoterapie dacă îndeplineşte următoarele condiţii :

1) Să se bazeze pe o teorie ştiinţifică asupra personalităţii şi tulburărilor sale ;
2) Să se întemeieze pe o teorie ştiinţifică asupra modificării tulburărilor şi pe o tehnologie verificată ;
3) Să prezinte evaluări empirice ale efectelor sale, pozitive şi negative ;
4) Să ofere o intervenţie în tulburările de comportament sau în stările de suferinţă ce necesită ajutor ;
5) Să fie practicată de persoane calificate şi competente (Huber, 1994, p. 57).

Cu greu aceste condiţii sunt îndeplinite de multe din şcolile şi practicile psihoterapeutice existente. Deşi nu corespund decât parţial exigenţelor ştiinţifice şi profesionale actuale, ele se pot dovedi deosebit de utile dacă sunt integrate într-un plan de tratament pe baza unei metode terapeutice care şi-a demonstrat calităţile.

Luând în considerare complexitatea problemelor psihice abordate, marea diversitate de şcoli, teorii şi metode de intervenţie, precum şi specificul relaţiei terapeut-pacient, nu putem ocoli întrebarea : „Psihoterapia este ştiinţă aplicată, tehnologie sau artă ? ”.

Pentru a răspunde la această întrebare trebuie să observăm mai întâi că atributul principal al cunoaşterii ştiinţifice îl constituie caracterul verificabil al ipotezelor care o fundamentează, utilizând metode ştiinţifice curente, şi să distingem apoi, împreună cu Westmeyer, între *cunoaşterea factuală* ale cărei activităţi principale sunt descrierea şi înregistrarea, *cunoaşterea nomologică* – centrată pe explicaţie, justificare şi predicţie, şi *cunoaşterea tehnologică*, centrată pe acţiune şi având ca activităţi principale fabricarea, controlul şi predicţia tehnologică (Westmeyer, 1976, *cf.* Huber, 1994, p. 59). Luând în considerare aceste distincţii precum şi definiţia lui

Bunge[1] dată tehnologiei, Huber ajunge la concluzia că psihoterapia, ca proces planificat ce vizează realizarea unui scop, considerat valabil prin consens, cu ajutorul unor tehnici rezultate dintr-o teorie (vezi definiţia lui Strotzka, amintită mai înainte), întruneşte toate condiţiile unei tehnologii.

Dacă acceptăm psihoterapia ca tehnologie, deci ca un ansamblu de reguli de acţiune, putem distinge două planuri : a) planul *regulilor tehnologice* (care reglementează acţiunile necesare, în funcţie de situaţie şi scop) şi al *meta-regulilor* (adică reguli ce permit descoperirea de reguli, principii euristice utile în situaţii complexe, slab definite) şi b) planul *practicii psihoterapeutice efective* în cadrul căreia aceste reguli sunt folosite de terapeut.

Este evident că regulile tehnologice şi practica psihoterapeutică nu pot fi false sau adevărate, ci doar eficiente sau ineficiente. Teoriile care fundamentează diversele metode de intervenţie terapeutică au ca scop de cele mai multe ori să argumenteze eficienţa regulilor de acţiune propuse şi să justifice aplicarea lor în funcţie de scopurile vizate.

Revenind la întrebarea iniţială – „Psihoterapia – ştiinţă aplicată, tehnologie sau artă ? ", s-ar părea că, acceptând psihoterapia ca tehnologie, nu mai rămâne loc pentru componenta artistică. De aceea, trebuie să subliniem că în cazul intervenţiilor psihologice nu este suficient să cunoaştem regulile pentru a ne atinge scopul propus. „În psihoterapie – spune Huber – ca şi în arte, este vorba de un *«savoir-faire»* care depăşeşte regulile. Acest *«savoir--faire»* implică filosofia terapeutului, o muncă de auto-clarificare din partea acestuia, pe de o parte, şi capacitatea de a realiza un demers creativ ori de câte ori ne aflăm în faţa unui pacient anume, pe de altă parte." Cred că acest aspect l-a avut în vedere şi M. Erickson când a scris următoarele cuvinte : „Fiecare persoană este un individ unic. De aceea psihoterapia ar trebui să fie formulată pentru a putea întâlni unicitatea nevoilor individuale, mai degrabă decât să croiască persoana pentru a se potrivi cu patul procustian al unei teorii ipotetice a comportamentului uman" (*cf.* Zeig şi Gilligan, 1990, XIX).

1. „Un ansamblu de cunoştinţe este o tehnologie dacă şi numai dacă :
– este compatibilă cu cunoştintele ştiinţifice şi poate fi experimentată cu ajutorul metodei ştiinţifice, şi
– poate fi folosită pentru a controla, a transforma sau a crea obiecte sau procese naturale sau sociale, pentru a atinge scopuri practice considerate ca fiind valabile" (Bunge, 1976, *cf.* Huber, 1994, p. 6).

2. Psihoterapie - consiliere

Din literatura de specialitate românească reţinem definiţia psihoterapiei dată de G. Ionescu. Acesta, abordând o „perspectivă descriptiv-comprehensivă", defineşte psihoterapia „ca formă de tratament psihologic structurată în tehnici şi metode, aplicată în mod deliberat, în grup sau individualizat, de către un terapeut specializat,

- omului sănătos aflat în dificultate, căruia îi conferă confort moral şi o mai bună sănătate, pe care îl ajută spre o mai bună integrare;
- celui cu dificultăţi de relaţionare;
- celui suferind somatic, pe care îl conduce spre alinare;
- sau celui alienat, căruia îi dezvoltă capacitatea de orientare în viaţă şi de resocializare" (G. Ionescu, 1990, p. 24).

Această definiţie ne oferă prilejul să abordăm relaţia dintre psihoterapie şi consiliere.

Abordarea psihologică a primelor două categorii de persoane din definiţia dată de G. Ionescu psihoterapiei intră, după opinia multor autori, în domeniul consilierii. De altfel, The British Association for Counselling, fondată în 1977, defineşte consilierea astfel:

„*Consilierea este utilizarea pricepută şi principială a relaţiei interpersonale pentru a facilita auto-cunoaşterea, acceptarea emoţională şi maturizarea, dezvoltarea optimă a resurselor personale. Scopul general este acela de a furniza ocazia de a lucra în direcţia unei vieţi mai satisfăcătoare şi pline de resurse. Relaţiile de consiliere variază în funcţie de cerere, dar pot fi centrate pe aspecte ale dezvoltării, pe formularea şi rezolvarea unor probleme specifice, luarea de decizii, controlul stărilor de criză, dezvoltarea unui* insight *personal, pe lucrul asupra trăirilor afective sau a conflictelor interne, ori pe îmbunătăţirea relaţiilor cu ceilalţi*" (B.A.C., 1989, *cf.* Clarkson şi Pokorny, 1994, p. 8).

Consilierea poate fi considerată ca fiind centrată pe schimbarea *evolutivă*, în timp ce psihoterapia, pe schimbarea *revolutivă*, care presupune modificări structurale mai profunde.

Se afirmă că psihoterapeuţii lucrează cu clienţi ce au tulburări mult mai serioase, tulburări clinice ce pot fi etichetate cu un diagnostic psihiatric. De obicei, terapeutul îşi propune să identifice unele conflicte psihologice şi structuri comportamentale şi să lucreze asupra lor într-o manieră sistematică, cu o frecvenţă de cel puţin o şedinţă pe săptămână (Clarkson şi Pokorny, 1994). În timp ce psihoterapia adoptă, de cele mai multe ori, un

model medical, consilierea adoptă un model educativ al dezvoltării ființei umane, în care crearea condițiilor respectului, empatiei și autenticității va favoriza valorificarea deplină a resurselor de care dispune cel ce solicită ajutor.

Diferența dintre psihoterapie și consiliere este una a perspectivei istorice (Loughley, 1985). Consilierea este centrată pe ceea ce aparține prezentului, acum și aici, în timp ce psihoterapia privește prezentul ca expresie a unei istorii ce se repetă într-un context mereu schimbat. De aceea consilierea se orientează asupra proceselor de *dezvoltare și facilitare*, iar psihoterapia pune accentul pe *intervenție*, *tratament* și *reconstrucție*. În timp ce consilierul adoptă o atitudine suportivă și facilitativă, psihoterapeutul interpretează, confruntă, restructurează. De aceea, în formarea consilierilor este mai important antrenamentul în sarcini centrate pe scop, educative, iar formarea capacităților de diagnostic al tulburărilor psihice, în programul de formare al psihoterapeuților. Deși diferența pare minimă, consilierii, de cele mai multe ori, asistă oamenii în găsirea soluției la o anumită problemă sau în controlul unei situații de criză, iar psihoterapeuții își propun modificări mai profunde, dezvoltarea unor noi modalități de rezolvare a problemelor care pot fi ulterior generalizate la noi situații.

Fără a nega afirmațiile prezente, considerăm că, în fața persoanei care solicită ajutor, tehnicile și modelele de intervenție utilizate se înscriu pe un continuum în care, practic, este greu să diferențiezi între psihoterapie și consiliere. De altfel, foarte multe din manualele destinate practicienilor din aceste domenii utilizează într-o manieră generică eticheta de „consiliere și psihoterapie".

În sprijinul acestei atitudini putem invoca, pe scurt, câteva argumente :

- în domeniul manifestărilor psihice și comportamentale nu există un standard unanim acceptat al normalității, iar atunci când se operează cu dihotomia normal/patologic, granița dintre acestea este un fir foarte sinuos care traversează, de multe ori, teritorii disputate de ambele instanțe ; or, în zona acestor „teritorii" disputate, diferența dintre psihoterapie și consiliere devine superfluă ;
- în foarte multe cazuri consilierii și psihoterapeuții utilizează tehnici și modele ale schimbării, asemănătoare (nondirectivismul lui C. Rogers, considerat principiu fundamental al consilierii, este utilizat, în grade diferite, și de psihoterapeuți) ;
- apariția psihoterapiilor scurte, centrate în mod deosebit pe prezent, face inoperant criteriul perspectivei istorice propus de Lougley pentru a diferenția între consiliere și psihoterapie.

3. Intervenţia în stare de criză

Sunt autori (Huber, 1994) care, având în vedere gravitatea problemelor, urgenţa lor şi durata intervenţiei, deosebesc în cadrul intervenţiilor psihoclinice, alături de consiliere şi psihoterapie, intervenţia în stare de criză, pe care o situează între cele două pe un continuum ce are drept extreme prevenţia şi psihoterapia (în sens restrâns).

Criza poate fi definită ca situaţia în care „o persoană se confruntă în atingerea unui scop important al vieţii sale cu un obstacol care, pentru moment, este insurmontabil prin utilizarea metodelor obişnuite de rezolvare a problemelor. Acest fapt conduce la o perioadă de dezorganizare pe durata căreia sunt încercate mai multe soluţii" (Caplan, 1961, *cf.* K. Hawton *et al.*, 1991, p. 407). De aceea intervenţia în stare de criză este mult mai ancorată în context şi vizează aspecte relativ profunde ale personalităţii. Prin definiţie, acest tip de intervenţie este urgent, intens şi de scurtă durată şi-şi propune nu numai alinarea suferinţelor, ci şi prevenirea consecinţelor negative psihologice, medicale şi sociale.

Caracteristicile esenţiale şi principiile intervenţiilor de criză pot fi rezumate după Reiter (*cf.* Huber, 1994, p. 56) astfel:

- intervenţia imediată trebuie să evite pericolul acţiunilor şi deciziilor ireversibile, cât şi dezvoltarea de atitudini şi comportamente neadecvate;
- activitatea terapeutului are ca scop să repereze conflictul şi să-l confrunte pe pacient cu acesta;
- susţinerea pacientului, datorită unei relaţii solide şi rapid stabilite cu terapeutul, îi permite să suporte această confruntare şi să nu întrerupă tratamentul;
- punctul central al tratamentului este în mod esenţial problema actuală, ceea ce nu exclude obligatoriu întoarceri în trecut;
- pragmatismul şi eclectismul metodelor sunt preferabile, deoarece exigenţele situaţiei fac adesea necesară o acţiune flexibilă şi pragmatică;
- se va recurge, în caz de necesitate, la folosirea medicamentelor, la ajutorul persoanelor apropiate şi asistenţilor sociali.

4. Psihoterapie sau psihoterapii ?

Lucrări recente comunică date diferite privind numărul şcolilor şi abordărilor psihoterapeutice. Astfel, unii autori (M. Marie-Cardine, O. Chambon, R. Meyer, 1994) afirmă existenţa a peste două sute cincizeci de forme de psihoterapie, în timp ce alţii (J.C. Norcross, M.R. Goldfried, 1998) consideră că numărul acestora a depăşit patru sute. În faţa unei astfel de oferte, pacientul (sau orice altă persoană cu probleme – indiferent cum o numim) adaugă la întrebările sale iniţiale alte întrebări la fel de dramatice : ce terapie să aleg ? care este cea mai bună terapie pentru problemele mele ? etc.

Este această situaţie un semn al dezvoltării psihoterapiei sau un simptom al incapacităţii ei de a rezolva problemele pacienţilor ?

Analizând procesul proliferării excesive în domeniul psihoterapiei, N. Duruz (1994) identifică trei factori responsabili de acest fenomen : primul este de ordin filosofic, al doilea vizează microcontextele socio-culturale specifice, în care evoluează protagoniştii noilor metode, al treilea – la graniţa dintre filosofic şi social, este de ordin socio-antropologic (N. Duruz, 1994, pp. 18-19). Nu ne propunem să analizăm în detaliu aceşti factori ; menţionăm, totuşi, câteva din ideile lui N. Duruz.

1) Se poate emite ipoteza că inovatorul unei metode terapeutice dispune de o sensibilitate creatoare la una sau mai multe dimensiuni specifice existenţei umane, în funcţie de personalitatea sa, dar şi de contextul social căruia îi aparţine. El tinde să construiască o metodă de intervenţie care se organizează în jurul unei reprezentări mai mult sau mai puţin implicite despre fiinţa umană. Fiecare metodă are tendinţa să tematizeze una sau mai multe dintre dimensiunile particulare ale existenţei umane : comportamentul direct, observabil, resursele cognitive ca instrument de control raţional, dimensiunea interacţională a comunicării, trăirile corporale originare, capacitatea de *insight* şi simbolizare. În jurul acestor teme s-au dezvoltat terapia comportamentală, terapia cognitivă, terapia familiei, de grup sau tranzacţională, terapiile corporale, psihanaliza şi terapiile psihodinamice.
2) *Microcontextele socio-culturale* în care evoluează psihoterapeuţii, inclusiv dinamica psihosocială a grupului lor de apartenenţă, au contribuit la proliferarea noilor metode psihoterapeutice. Transpuse într-un context socio-cultural, altul decât cel de origine, anumite

concepte cheie ale unei metode psihoterapeutice vor fi modificate şi vor da naştere la noi metode. Ilustrăm această idee prin câteva exemple : psihanaliza jungiană care s-a dezvoltat, începând din 1910, în cadrul unei practici de spital confruntată cu lumea psihozei, într-o ţară – Elveţia – cu o lungă tradiţie creştină şi democratică, frapează prin aspectul său mai deschis, mai puţin sistematic şi deranjant decât psihanaliza freudiană, care îşi are rădăcinile într-o Vienă de sfârşit de secol şi victoriană, unde Freud, cu o cultură specifică, fără o recunoaştere universitară, este constrâns să-şi primească pacienţii într-un cabinet privat ; un alt exemplu elocvent îl găsim peste ocean : teoria rogersiană, nondirectivă, are la bază, în egală măsură, o concepţie egalitară despre om şi credinţa în progres, dar şi reacţia puternică împotriva unei exploatări prea utilitariste a omului (vezi teoria comportamentistă), fapt ce determină accentul deosebit al acestei teorii asupra dimensiunii individualizante şi afective a omului.

3) Al treilea factor este unul socio-antropologic care ne trimite la *pluralitatea modelelor şi practicilor generate de orice societate democratică*. Având în vedere că în orice societate democratică modelele sau practicile totalitare devin, teoretic vorbind, de neconceput, pluralitatea modelelor psihoterapeutice devine expresia acestui ideal democratic. Dar procesul democratizării cunoaşte, în mod inevitabil, limite, chiar efecte perverse, în măsura în care individualismul concurenţial, utilitarismul economic şi raţionalitatea tehnicizantă, care dinamizează societatea democratică, contribuie, fiecare în felul său, la fărâmiţarea câmpului terapeutic.

În ciuda diversităţii de şcoli, teorii şi modele, majoritatea analiştilor acestui domeniu identifică un număr limitat de paradigme psihoterapeutice cu contribuţii teoretice majore şi cu efecte importante în planul practicii psihoterapeutice : psihanaliza şi terapiile dinamice, terapia comportamentală, terapia cognitivă, terapia experienţială/umanistă, terapia sistemică etc. Există lucrări în limba română care prezintă sintetic coordonatele principale ale acestor teorii (G. Ionescu, 1990 ; I. Holdevici, 1996 ; W. Huber, 1997). De aceea nu vom relua aici informaţii uşor accesibile prin lectura lucrărilor amintite. Considerăm mai util să-l cităm pe H. Liddle (1982) care sublinia că o bună sistematizare a şcolilor terapeutice presupune ca fiecare terapeut să-şi definească poziţia cu privire la următoarele aspecte :

- propria definiţie a terapiei şi rolul terapeutului ;
- care comportament este considerat normal şi care este considerat disfuncţional (adică ce teorie privind patologia utilizează) ;
- cum sunt determinate şi definite scopurile terapiei ;

- cum se produce schimbarea;
- poate terapia să fie evaluată, şi dacă da, cum?

Tabelul 1 – *Paradigme ale psihoterapiei* (*cf.* I. Wilkinson, 1998, p. 52)

Descriptori-cheie	Şcoală terapeutică			
	Comportamentală	**Cognitivă**	**Psihodinamică**	**Sistemică**
Teoria patologiei	Problemele se dezvoltă mediate de procese de învăţare neadaptative	Simptomele sunt cauzate/menţinute de scheme şi automatisme cognitive neadaptative (credinţe centrale)	Problemele sunt în relaţie cu dezvoltarea timpurie (teoria fixării) deseori caracterizată prin diverse traume emoţionale	„Nimeni nu este o insulă"; problemele sunt văzute ca parte a contextului social
Rolul terapeutului	Facilitează un proces de reînvăţare activă	Ajută pacientul să exploreze sensul evenimentelor şi să corecteze automatismele mentale „greşite"	Furnizează un mediu securizant pentru explorarea sentimentelor profunde şi a felului în care ele afectează prezentul	Variază, dar implică deseori o muncă activă cu soţul/soţia, familia, persoane semnificative pentru client
Cum sunt determinate obiectivele terapiei	În mod normal (dar nu necesar) în colaborare cu pacientul	Într-o manieră colaborativă explicită. Terapeutul este un „supervizor" al procesului de căutare declanşat de pacient	Nu într-o manieră directivă, dar terapeutul este considerat „expert"	De obicei într-o manieră colaborativă, dar terapeutul utilizează diverse idei (deseori într-o manieră subtilă care îşi are originea în teoria sistemelor)
Cum se produce schimbarea	Reînvăţarea (conform principiilor învăţării)	Noile înţelesuri, sensuri, produc noi stări afective şi noi comportamente	Pacientul devine treptat mai puternic, prin dezvoltarea unor clarificări complexe în cadrul relaţiilor interpersonale	Intervenţia sfârşeşte prin schimbarea aspectelor importante ale interacţiunilor din cadrul sistemului
Metoda de evaluare	Evaluarea schimbărilor comportamentale raportate de pacient/de ceilalţi	Schimbări în schemele bazale (postulatele cognitive centrale)	În mod tradiţional, prin studii de caz şi supervizare indirectă, recente dezvoltări interesante	Supervizare *in vivo*. Definirea şi măsurarea sistemelor complexe necesită măsurări la „niveluri" multiple

Tabelul 1 prezintă patru dintre cele mai importante paradigme din domeniul psihoterapiei, utilizând cei cinci descriptori-cheie propuşi de Liddle.

5. Tendinţe integrative în psihoterapia contemporană

O analiză istorică atentă a domeniului psihoterapiei evidenţiază un aspect oarecum paradoxal : dacă până la sfârşitul anilor '60, domeniul psihoterapiei era dominat de trei şcoli ce propuneau trei sisteme închise (psihanaliza, terapia rogersiană, terapia comportamentală), apariţia, în anii '70-'80, a unui număr impresionant de noi modele şi abordări, a condus la ceea ce W. Huber (1997) numeşte „criza sistemelor şi declinul gândirii centrate pe şcoli".

5.1. Imperative practice ale integrării

Din ce în ce mai mulţi psihoterapeuţi, confruntaţi cu cerinţele şi problemele multiple ale practicii, găsesc prea strâmte limitele impuse de utilizarea unui singur model teoretic ; ei îşi dau seama că anumite psihoterapii nu sunt indicate sau sunt mai puţin indicate decât altele în anumite patologii. De aici, necesitatea de a sistematiza mai bine indicaţiile şi contraindicaţiile diverselor metode şi tehnici, de a cunoaşte efectele lor diferenţiale şi de a elebora strategii pentru utilizarea lor într-o manieră complementară sau de a realiza o sinteză a acestora.

Pentru a răspunde acestor provocări există deja propuneri (O. Chambon, M. Marie-Cardine, 1994) ca formarea psihoterapeuţilor să abandoneze vechiul model centrat pe şcoli şi sisteme şi să includă analize şi reflecţii privind apropierea, complementaritatea şi integrarea posibilă a diferitelor orientări psihoterapeutice. Nu trebuie să înţelegem prin aceasta că fiecare psihoterapeut trebuie să devină specialist în principalele sisteme terapeutice existente ; va fi suficient dacă el va fi sensibilizat cu privire la filosofia fiecărei şcoli, în legătură cu omul şi problemele lui, cu privire la limitele fiecărei metode şi tehnici terapeutice.

Interesul oricărui practician pentru o abordare diversificată şi integrată ar putea fi susţinut de următoarele motive :

- posibilitatea de a alege, în cunoştinţă de cauză, dintre multiplele metode existente, metoda/metodele cele mai adecvate caracteristicilor sale personale şi problemelor pacienţilor ;

- creşterea toleranţei, respectului şi deschiderii faţă de terapeuţii care utilizează alte abordări ; de cele mai multe ori ironia sau criticile stereotipe nu sunt decât expresia necunoaşterii „adevărului" ce stă la baza altor metode şi sisteme şi a posibilei complementarităţi pe care acestea o pot oferi ;
- conştientizarea limitelor alegerii pe care fiecare terapeut o face. Practica terapeutică oferă o diversitate de probleme şi situaţii psihopatologice care, în mod inevitabil, depăşesc capacitatea explicativă şi curativă a unui singur sistem terapeutic. Dacă practicianul îşi selecţionează clientela în funcţie de tipul de terapie pe care îl adoptă, atunci el va trebui să ştie să-i reorienteze pe ceilalţi pacienţi către alţi terapeuţi şi, prin urmare, va trebui să cunoască indicaţiile şi contraindicaţiile celorlalte abordări. Acest aspect devine şi mai important pentru terapeuţii care lucrează în instituţii publice unde alegerea pacienţilor nu mai este posibilă ; în acest caz ei trebuie să fie capabili să propună acestora tipul de terapie cel mai adecvat (ştiind că terapiile cognitiv-comportamentale, psihodinamice etc. nu sunt aplicabile oricărui pacient ce prezintă indiferent ce problemă) ;
- cunoaşterea altor modalităţi de interpretare şi de tratament al faptelor clinice, ceea ce permite câştigarea unui plus de supleţe şi distanţă în raport cu propria teorie ; se deschide astfel posibilitatea de a utiliza tehnici care provin din alte abordări, o dată cu reconceptualizarea şi integrarea lor în propriul cadru teoretic, şi de a întreţine un raport viu şi dinamic cu teoria principală adoptată ;
- provocarea unei reflecţii necesare asupra efectelor sinergice sau aditive ale combinării mai multor terapii efectuate (de către mai mulţi terapeuţi) simultan sau succesiv ; este posibil ca o terapie să nu fie utilă decât într-un anumit moment al evoluţiei pacientului şi, în acest caz, ea pregăteşte pacientul respectiv pentru a putea profita cât mai mult de altă formă de terapie.

Deşi avantajele deschiderii psihoterapeuţilor spre abordări şi metode, altele decât cele aparţinând formaţiei de bază, sunt evidente, există totuşi riscul de a combina tehnici insuficient asimilate şi integrate şi de a se ajunge la psihoterapii ineficiente, care renunţă la orice ancoră teoretică, un amestec sincretic şi „nevertebrat" cu efecte negative atât asupra pacienţilor, cât şi asupra „identităţii" psihoterapeutului.

Pentru a aprecia mai bine dificultăţile, avantajele şi riscurile tendinţelor integrative în domeniul psihoterapiei, vom realiza în continuare o scurtă trecere în revistă a dezbaterilor teoretice care se referă la acest subiect.

5.2. Integrarea – De ce acum ?

Există din ce în ce mai mulţi indicatori care dovedesc un interes fără precedent pentru integrare în domeniul psihoterapiei :

- *eclectismul* sau *integrarea* – termeni din ce în ce mai utilizaţi – desemnează *orientarea teoretică cea mai frecventă* la terapeuţii anglofoni. Astfel, într-o revistă a studiilor referitoare la această problemă, A.E. Bergin şi S.L. Garfield (1994, p. 7) evidenţiază că numărul terapeuţilor care se autocalifică drept eclectici variază între 29% şi 68% din totalul terapeuţilor intervievaţi ;
- cele mai bune *manuale de psihoterapie* se definesc din ce în ce mai mult ca eclectice şi, în majoritatea lucrărilor care prezintă diverse abordări terapeutice, există cel puţin un capitol asupra integrării şi eclectismului ;
- crearea unor *organisme interdisciplinare* de psihoterapie destinate să faciliteze un dialog util în vederea integrării (The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration – SEPI) şi a unor *reviste* precum *Journal of Psychotherapy Integration* (editat de SEPI), *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, *Integrative Psychiatry* etc.

Există încă mulţi opozanţi ai integrării, opoziţie ce nu poate fi considerată doar o simplă încăpăţânare. Totuşi, dialogul sincer şi fără prejudecăţi a condus la un consens asupra ideii că nici fragmentarea tradiţională, nici unificarea prematură nu pot servi domeniului psihoterapiei şi nici clienţilor săi. Încă nu se poate spune care este teoria, tehnica sau schema de unificare cea mai bună.

Deşi ideea integrării este probabil la fel de veche ca şi psihoterapia, ultimele două decenii marchează o creştere fără precedent a tendinţelor integrative ! Acest proces ar putea fi explicat prin interacţiunea complexă a cel puţin opt factori (J.C. Norcross şi C.F. Newman, 1998, pp. 28-32) :

- proliferarea metodelor şi abordărilor terapeutice ;
- inadecvarea teoriilor exclusive ;
- mediul socio-economic ;
- succesul terapiilor scurte, centrate pe problemă ;
- posibilitatea de a observa şi experimenta tratamente variate ;
- diferenţe nesemnificative între terapii în ceea ce priveşte eficacitatea lor ;
- recunoaşterea că o serie de trăsături comune tuturor terapiilor contribuie în mod deosebit la varianţa rezultatelor obţinute ;
- dezvoltarea unei reţele profesionale care are ca obiectiv integrarea.

Acţiunea unora dintre factorii menţionaţi este atât de evidentă încât nu mai trebuie comentată. Se impun totuşi câteva precizări şi nuanţări.

În ultimii ani, în ţările în care psihoterapia a devenit din ce în ce mai solicitată în domeniul patologiei psihice, psihoterapeuţii au fost supuşi unor presiuni crescânde din partea tribunalelor, instanţelor guvernamentale, organizaţiilor de protecţie a consumatorilor, companiilor de asigurare, asigurărilor naţionale de sănătate etc., presiuni care nu puteau fi ignorate. Publicul şi diverse organizaţii au început să solicite răspunsuri din ce în ce mai clare şi complete asupra calităţii, duratei şi eficienţei tratamentelor psihosociale. Fără schimbări radicale, terapeuţii riscau să-şi piardă prestigiul, clienţii şi veniturile. După cum sublinia Mahoney (1984), diferitele terapii aveau de ales între a se salva împreună sau a dispărea separat.

Între modificările radicale determinate de realităţile socio-economice se înscrie apariţia terapiilor scurte centrate pe problemă. Modificarea standardelor profesionale privind terapia, diminuarea subvenţiilor din partea societăţilor de asigurare şi a altor servicii naţionale ce se ocupă de sănătatea mentală i-au determinat pe clinicieni să se distanţeze din ce în ce mai mult de abordările terapeutice de lungă durată. De aceea terapia scurtă a devenit modelul anilor optzeci. În acest context a apărut preocuparea comună de a apropia terapii diverse şi de a crea variante care să devină mai compatibile între ele. Integrarea, în special sub forma eclectismului tehnic, răspunde cerinţei practice de limitare a duratei terapiei : „Care este terapia cea mai eficientă (şi cea mai rapidă) pentru acest pacient, cu o anume problemă într-un anume context ? ”.

În legătură directă cu întrebarea anterioară se află concluziile studiilor, din ce în ce mai numeroase, privind eficienţa diverselor tipuri de psihoterapii. În ciuda creşterii notabile, cantitative şi calitative, a cercetărilor în domeniul evaluării rezultatelor psihoterapiilor, este surprinzător să constatăm că există puţine diferenţe semnificative între aceste rezultate. Cu câteva excepţii, există puţine elemente care să permită recomandarea unui tip de terapie mai degrabă decât al altuia pentru tratamentul unor probleme specifice (Bergin, Garfield, 1994 ; Norcross, Goldfried, 1998).

Concluziile unei cercetări mai vechi (Lambert, Shapiro şi Bergin, 1966), surprinzătoare probabil pentru mulţi terapeuţi ancoraţi într-un anume sistem terapeutic, susţin ideea caracterului nespecific al schimbării terapeutice. Studiul menţionat este unul de tip meta-analitic, care acoperă mai multe decenii şi o gamă largă de tulburări la adulţi, precum şi o mare varietate de planuri de cercetare : observaţii, studii epidemiologice, studii comparative clinice şi experimentale. Concluzia studiului este că ameliorarea pacienţilor se datorează următorilor factori :

- 40% – *schimbare extraterapeutică* : factori care ţin parţial de client (precum forţa eului, factori homeostatici) şi parţial de mediu (evenimente întâmplătoare, suport social) care contribuie la vindecare, independent de participarea la terapie ;
- 15% – *aşteptări (efecte placebo)* : partea din ameliorare care rezultă din cunoaşterea de către client a faptului că este tratat şi din credibilitatea pe care o acordă tehnicilor şi principiilor specifice tratamentului ;
- 15% – *tehnici* : factorii proprii terapiilor specifice (precum bio-feed-back, hipnoză sau desensibilizare sistematică) ;
- 30% – factori comuni : variabilele ce pot fi găsite în diverse terapii, indiferent de orientarea teoretică a terapeutului : empatie, căldură, acceptare, încurajare în asumarea riscurilor etc.

5.3. Forme de manifestare a integrării

Există mai multe forme de manifestare a integrării în psihoterapie. Cele mai frecvent menţionate (Norcross, Goldfried, 1998) sunt :

a) Eclectismul tehnic ;
b) Integrarea teoretică ;
c) Factorii comuni.

Aceste trei direcţii propun diverse grade şi forme de integrare şi au dorinţa comună de a creşte eficienţa şi aplicabilitatea terapiilor prin depăşirea limitelor tehnicilor ancorate în cadrele teoretice tradiţionale.

5.3.1. Eclectismul tehnic

Etimologia termenului „eclectic" (*eklegein* în limba greacă înseamnă a alege) trimite la ideea unei alegeri realizate între mai multe obiecte sau idei ; în secolul al XIX-lea, acest termen va desemna în general pe cel care nu are opţiuni exclusive, opusul celui care este exclusiv, sectar. Din nefericire, în zilele noastre, termenul „eclectism" provoacă numeroase reacţii emoţionale negative (şi nu doar epistemologice) întrucât vehiculează conotaţii la fel de puţin agreate : mediocritate intelectuală, amestec confuz de genuri diverse, simplă problemă de identitate a psihoterapeutului debutant etc.

În ciuda acestor reacţii, în domeniul psihoterapiei, eclectismul poate fi definit ca utilizarea sistematică de către un terapeut a unui ansamblu de

tehnici care provin din şcoli şi orientări, altele decât a sa, fără ca aceasta să provoace o restructurare teoretică a orientării sale de bază sau încercarea unei sinteze suprateoretice.

Dacă eclectismul este mai puţin teoretic decât alte tendinţe integrative, nu trebuie să-l considerăm totuşi ca nonteoretic sau antiteoretic. Partizanii săi sunt preocupaţi continuu de îmbunătăţirea modului de selecţionare a tehnicilor celor mai adecvate persoanei şi problemei, utilizând datele disponibile privind eficienţa tehnicilor cu persoane şi probleme similare. Eclectismul îşi propune să anticipeze care intervenţii sunt mai eficiente : fundamentul său este mai degrabă statistic decât teoretic. Pluralitatea metodelor psihoterapeutice este dominată, controlată – de către terapeuţii eclectici – printr-o perspectivă integrativă de factură în primul rând pragmatică şi mai puţin teoretică.

Deşi eclectismul a încetat să viseze la un supramodel teoretic unificator, adepţii săi continuă să spere că, în viitor, deciziile terapeutice şi eficienţa diverselor tehnici vor putea fi validate empiric, ajungându-se astfel la un model eficient, garant al unei practici unificate (Beutler, 1998).

Observăm că eclectismul tinde să supravalorizeze impactul tehnicilor ca factori ai schimbării terapeutice, în timp ce, în baza studiilor empirice (unele amintite deja anterior), mulţi autori sunt de acord că schimbarea nu poate fi atribuită decât într-o proporţie de 15% tehnicilor specifice. Totuşi, nu trebuie neglijată relaţia tehnicii cu utilizatorul ei care, în funcţie de identitatea, personalitatea, sistemul său de valori, reperele sale de identificare narcisiace, nu este deschis la orice. Terapeutul trebuie, până la un anumit punct, să-şi poată idealiza tehnica, adică să o investească mai mult decât pe altele, pentru ca ea să fie eficace.

Fără a intra în detaliile sau nuanţele care s-ar impune (întrucât există deja multe forme de eclectism în psihoterapie) menţionăm ca reprezentativi pentru acest curent pe A. Lazarus (1982, 1998) cu a sa „Terapie Multimodală" şi pe L.E. Beutler (1983, 1998), care propune o „Psihoterapie eclectică sistematică".

Practica terapeutică eclectică este atestată de numeroase anchete efectuate în Statele Unite, unde aproximativ 40-60% dintre psihoterapeuţi îşi recunosc o astfel de orientare. Totuşi, „reţetele" considerate eficiente de către terapeuţii eclectici sunt relativ diverse, aşa cum atestă o cercetare, deja veche (Garfield şi Kurtz, 1977, *cf.* Norcross şi Goldfried, 1998). Autorii menţionaţi disting treizeci şi două de combinaţii teoretice diferite între care primele locuri, în ordine descrescătoare, sunt ocupate de :

- psihanaliză şi teoria învăţării ;
- abordarea neo-freudiană şi teoria învăţării ;

- abordări neo-freudiene şi rogersiene ;
- teoria învăţării şi psihologia umanistă ;
- abordarea rogersiană şi teoria învăţării.

Aproape zece ani mai târziu, Norcross şi Prochaska (1988) au obţinut rezultate asemănătoare. Dintre cei 113 terapeuţi intervievaţi care s-au declarat eclectici, 42% au declarat că *niciodată* nu au aderat la un anume sistem terapeutic şi 58% aveau o formaţie de bază într-o anume „şcoală" terapeutică. Între „ancorările" teoretice anterioare opţiunii eclectice se găsesc (*cf.* Norcross, Goldfried, 1998, p. 43) :

- punctul de vedere psihodinamic 44% ;
- orientarea comportamentală 27% ;
- abordarea centrată pe client 12% ;
- abordarea cognitivă 6% ;
- psihanaliza 6%.

În acord cu alte cercetări similare, cercetarea lui Norcross şi Prochaska confirmă faptul că schimbarea cea mai importantă se situează la clinicienii care provin din abordarea psihodinamică.

5.3.2. Integrarea teoretică

Termenul „integrare" provine din latină, unde *integer* înseamnă întreg, pur, şi *integrare* – a face complet, a desăvârşi, şi desemnează faptul de a introduce o parte într-un ansamblu. El este utilizat în foarte multe domenii : matematică, filosofie, psihologie, fiziologie, economie etc.

În psihoterapie, integrarea este o formă de sinteză în care sunt incluse cel puţin două teorii, cu speranţa de a obţine rezultate superioare celor ale utilizării separate a teoriilor iniţiale. În acest proces, prioritatea este integrarea teoriilor ce stau la baza psihoterapiilor, realizându-se ceea ce London (1986) numeşte metaforic un „piure de teorii" care se deosebeşte de „salata de tehnici" pe care o propun eclecticii.

Integrarea teoretică obligă la depăşirea simplului amestec de tehnici şi metode, angajându-se într-o elaborare teoretică sau conceptuală. Scopul este de a crea un cadru conceptual care sintetizează cele mai bune elemente ce aparţin la cel puţin două abordări terapeutice şi care, fiind mai mult decât suma părţilor, poate deschide noi piste pentru practica terapeutică şi cercetare. Această direcţie poate fi ilustrată prin unele tentative de integrare a teoriilor psihanalitice şi comportamentale – precum cea a lui Wachtel (1988, 1987, 1992) – sau de unele proiecte mai ambiţioase care îşi propun

combinarea principalelor sisteme psihoterapeutice – de exemplu *„abordarea transteoretică”* a lui Prochaska şi DiClemente (1984, 1992) şi *„modelul generic al psihoterapiei”* al lui D. Orlinsky (1992).

Calea integrării teoretice rămâne totuşi un drum cu încă foarte multe obstacole. O parte a acestor obstacole sunt prezentate în cercetarea lui Norcross şi Thomas (1988) care a inclus membri ai Society for Exploration of Psychotherapy Integration. Cincizeci şi opt de integraţionişti eminenţi trebuiau să claseze, în ordinea importanţei, douăsprezece obstacole potenţiale, utilizând o scală tip Likert cu cinci puncte, unde unu = lipsa obstacolului, iar cinci = obstacol grav. Primele cinci obstacole în calea integrării, în ordine descrescătoare (între paranteze – punctajul mediu obţinut) sunt următoarele (Norcross şi Goldfried, 1998, p. 49) :

1) Implicarea personală a indivizilor în teoriile şi percepţiile particulare proprii (3,97) ;
2) Angajarea insuficientă în formarea în mai multe abordări terapeutice (3,74) ;
3) Postulatele divergente asupra psihopatologiei şi sănătăţii ale diferitelor abordări (3,67) ;
4) Insuficienţa cercetărilor empirice asupra integrării psihoterapiilor (3,58) ;
5) Absenţa unui limbaj „comun” în rândul psihoterapeuţilor (3,47).

Lectura acestei cercetări şi a altora asemănătoare, precum şi afirmaţiile unor integraţionişti importanţi conduc la concluzia că practica actuală este în bună măsură eclectică, în timp ce integrarea teoretică reprezintă încă o promisiune pentru viitor.

5.3.3. Factorii comuni

Abordarea factorilor comuni se situează la un nivel de abstractizare aflat între teorie şi tehnică. Acest nivel mediu de abstractizare, pe care îl putem numi strategie clinică sau proces de schimbare, poate fi considerat o metodă euristică ce orientează eforturile terapeuţilor adepţi ai integrării.

Această abordare îşi propune să determine ingredientele esenţiale împărtăşite de diferite terapii, cu speranţa de a crea terapii mai eficiente şi mai economice, pornind de la aceste puncte comune. Demersul are la bază postulatul conform căruia rezultatele terapeutice (care sunt, în general, comparabile indiferent de terapie) sunt determinate în primul rând de punctele comune diferitelor terapii şi mai puţin de factorii care le diferenţiază.

Ideea este susţinută şi de concluziile cercetării efectuate de Lambert, Shapiro şi Bergin (1966), care evidenţiază o pondere de două ori mai mare a factorilor comuni în raport cu cei specifici între factorii cărora li se atribuie schimbarea terapeutică (Lambert, 1998, p. 108), adică 30% faţă de 15%.

Dacă factorii comuni au un rol important în schimbarea terapeutică, atunci ei trebuie identificaţi şi incluşi în mod intenţionat în orice abordare eclectică.

Există mai multe conceptualizări cu privire la factorii comuni (sau nespecifici) care asigură eficienţa oricărei psihoterapii (Karasu, Rogers, Bergin şi Lambert etc.).

Vom prezenta, în continuare, „Sistematizarea factorilor comuni" aparţinând lui Bergin şi Lambert (Bergin şi Lambert, 1994 ; Lambert, 1998). Aceştia împart factorii comuni în trei categorii – de susţinere, de învăţare, de acţiune – considerând că acestea sunt faze succesive în dezvoltarea construcţiei terapeutice, comune majorităţii terapiilor. Se presupune, astfel, că susţinerea precede schimbarea credinţelor şi atitudinilor care, la rândul ei, pregăteşte şi încurajează pacientul să acţioneze.

Mai multe studii subliniază importanţa acestor factori comuni. Printre cei mai frecvent studiaţi sunt cei pe care C. Rogers i-a considerat ca fiind „condiţii necesare şi suficiente" ale schimbării terapeutice : empatie, consideraţie pozitivă, căldură nonposesivă şi congruentă sau autenticitate. Practic, toate abordările terapeutice recunosc că variabilele relaţionale sunt importante pentru progresul semnificativ al psihoterapiei şi pentru construirea unei alianţe de lucru între cei doi protagonişti – terapeut şi pacient.

Totuşi, comparaţia între terapii evidenţiază, în egală măsură, atât asemănări cât şi deosebiri. Factorii specifici unor terapii le fac mai eficiente decât altele în anumite tulburări particulare : terapiile comportamentale – pentru tulburările de comportament la copii, terapiile de cuplu – pentru conflictele conjugale şi terapiile cognitive – pentru tulburările de panică.

De aceea, am putea spune că, în controversa care opune factorii comuni celor specifici, asistăm la naşterea unui consens asupra faptului că nu avem de-a face cu o dihotomie, ci mai degrabă cu o complementaritate. În acest sens trebuie înţeleasă afirmaţia lui Beitman (1992) care spunea că „mergem treptat spre integrare combinând asemănările fundamentale şi diferenţele utile fiecărei şcoli".

În tabelul care urmează sunt enumeraţi factorii comuni ce se referă la terapeut, la procedurile terapeutice şi la client (tabelul 2).

Tabelul 2 – *Lista secvenţială a factorilor comuni asociaţi rezultatelor pozitive* (Lambert şi Bergin, 1994, p. 163)

Factori de susţinere	Factori de învăţare	Factori de acţiune
– Catharsis – Identificarea cu terapeutul – Atenuarea sentimentului de singurătate – Relaţie pozitivă – Securizare – Descărcarea tensiunii – Structurare – Alianţa terapeutică – Participare activă terapeut-client – Imaginea clientului despre pregătirea terapeutului – Căldură, respect, empatie, acceptarea autenticităţii terapeutului – Încredere	– Sfaturi – Trăire afectivă – Asimilarea experienţelor problematice – Modificarea aşteptărilor privind eficienţa personală – Învăţare cognitivă – Experienţă efectivă corectivă – Explorarea cadrului de referinţă intern – Retroacţiune – Priză de conştiinţă – Justificare	– Reglarea comportamentului – Control cognitiv – Încurajarea în a-şi înfrunta temerile, a-şi asuma riscuri, a-şi controla eforturile – Modelaj – Antrenament – Confruntarea cu realitatea – Trăirea succesului – Perlaborare

Capitolul II

SCHIMBAREA PSIHOTERAPEUTICĂ

1. Ce „realitate" schimbăm ?

Este psihoterapia posibilă ? Dincolo de aspectul ei retoric, această întrebare exprimă, pe de o parte, îndoielile celor ce se adresează psihoterapeuţilor solicitând ajutor, pe de altă parte, îi îndeamnă pe psihoterapeuţii înşişi să mediteze mai profund la limitele şi resursele demersului psihoterapeutic adoptat. Mărturisesc că abordarea acestei probleme este, între altele, şi urmarea unui dialog cu o persoană care îşi exprima îndoiala cu privire la eficienţa abordării psihoterapeutice a problemelor psihologice generate de şomaj, considerând că singura soluţie eficientă este asigurarea unui loc de muncă, soluţie care, evident, nu este la îndemâna psihoterapeutului.

Această opinie este expresia unui raţionament foarte simplu : dacă problemele noastre sunt expresia realităţii în care trăim, atunci singura soluţie este schimbarea acestei realităţi. De câte ori nu auzim „Putem discuta oricât, oricum nu putem schimba lucrurile, situaţia ! ".

Dar ce este *„realitatea"* care trebuie schimbată? Răspunsul la această întrebare face parte din gândirea filosofică a oricărui psihoterapeut.

P. Watzlawick abordează această problemă într-un studiu intitulat „Therapy Is what You Say it Is" (Watzlawick, 1990) şi care exprimă sugestiv filosofia autorului privind psihoterapia.

În acord cu filosofia lui Kant, care deosebea „lucrul în sine" (realitatea obiectivă) de „lucrul pentru sine" (realitatea psihologică, construită), Watzlawick consideră că întregul nostru comportament este determinat de acesta din urmă. Între micile întâmplări pe care el le povesteşte pentru a-şi ilustra punctul de vedere se află şi una extrasă dintr-o lucrare a lui Wilson (1982) :

> *„Un hipnotizator, deosebit de respectat pentru priceperea şi succesele sale clinice, povesteşte că într-o zi a fost invitat să organizeze un seminar pentru un grup de medici, la domiciliul unuia dintre ei. Intrând în casă el a observat că «fiecare suprafaţă orizontală era încărcată cu buchete de flori». Hipnotizatorul avea o puternică alergie la flori proaspăt tăiate şi aproape imediat binecunoscutele senzaţii de disconfort şi-au făcut apariţia în ochi şi nas. El s-a întors către gazdă şi i-a relatat problema şi teama sa că, în astfel de condiţii, i-ar fi imposibil să-şi desfăşoare activitatea. Acesta din urmă şi-a exprimat surpriza şi l-a rugat să examineze florile – care s-au dovedit a fi artificiale. Descoperind acest fapt, reacţia sa alergică a încetat la fel de repede cum a apărut".*

Astăzi, foarte mulţi oameni sunt stresaţi şi preocupaţi să ***elimine stresul*** şi cauzele lui şi vorbesc despre stres ca despre un obiect pe care îl ai sau nu. Desigur că cea mai mare vină în această chestiune o are H. Selye, care a introdus termenul de stres ! Ne întrebăm ce simţeau oamenii în situaţii problematice înainte ca stresul să fi fost inventat !

Pentru a descrie realitatea psihologică utilizăm *nume*, cuvinte. Or, există riscul de a confunda cuvintele cu lucrurile pe care le denumesc, imaginea pe care o avem despre ceva anume – cu acel ceva „real". Korzybski (1933) a şi atras atenţia asupra acestui fapt când a formulat celebrul dicton : „Numele nu este lucrul ; harta nu este teritoriul".

De foarte multe ori cuvintele nu doar denumesc o realitate, ci o şi creează, adică o afirmaţie o dată făcută tinde să-şi confirme propriul adevăr. Această idee este teoretizată de conceptul „autoîmplinirii predicţiei" (R. Rosenthal) şi teorema lui Thomas : „Dacă oamenii definesc o situaţie ca fiind reală, atunci această situaţie este reală prin consecinţele definirii ei ca reală" (W.I. Thomas, 1923). Dacă văd flori proaspete într-o cameră am reacţii alergice, dacă aflu că ele sunt artificiale atunci mă simt din nou bine ! Stresul dintr-un nume a devenit o „realitate" împotriva căreia utilizăm probabil cea mai mare cantitate din medicamentele consumate astăzi. Din această perspectivă, chiar etichetele diagnostice din domeniul psihopatologiei devin „predicţii ce se autoîmplinesc" (Dafinoiu, 1996).

Teoriile ce fundamentează intervenţiile terapeutice pot fi evaluate din aceeaşi perspectivă. Nu de puţine ori, ele conţin propoziţii autoconfirmative şi, tocmai de aceea, validitatea lor este greu de infirmat. Astfel, dacă subscriu la principiul explicativ că *insight*-ul în legătură cu cauzele trecute ale simptomului este o precondiţie pentru schimbarea prezentă, şi clientul meu se simte mai bine, atunci acest fapt este o dovadă a corectitudinii afirmaţiei referitoare la importanţa terapeutică a *insight*-ului. Dar, dacă clientul nu se însănătoşeşte, atunci probabil nu am căutat suficient de profund în inconştientul lui cauzele situaţiei lui prezente ! Astfel, principiul explicativ enunţat este confirmat atât de succesul, cât şi de insuccesul aplicării lui.

Natura auto-confirmativă a unor astfel de propoziţii este plastic ilustrată de Watzlawick cu ajutorul unei glume :

„Nimeni nu se compară cu rabinul meu. El nu numai că vorbeşte direct cu Dumnezeu dar, dacă poţi să-ţi imaginezi, Dumnezeu vorbeşte direct cu el !"

„Nu cred asta. Ai dovezi ? Dacă rabinul tău afirmă acest lucru, nu numai că exagerează, ci minte de-a binelea !"

„Crezi ? Iată cea mai bună dovadă : ar vorbi Dumnezeu cu cineva care minte ?".

Adoptând această perspectivă constructivistă istoria pacientului devine povestea sa (*history – his story*), „hartă" care îi permite să găsească un sens, să pună ordine în fluxul de evenimente pe care le trăieşte.

A confunda „povestea" pacientului cu „realitatea" poate conduce uneori la imposibilitatea efectuării psihoterapiei. Unul din pacienţii mei acuza o durere pe care o descria spunând că ea se deplasează pe traseul unui nerv care îi traversează partea superioară a corpului în diagonală ! Spunând aceeaşi „poveste" unui medic, a fost calificat drept „nebun" pentru că nu s-a lăsat întru totul convins că, *în realitate*, nu există nici un nerv cu această localizare. Pentru a-şi spune povestea, pacientul foloseşte cuvinte. Numai că noi nu avem cuvinte pentru a denumi fiecare senzaţie ; cuvintele vehiculează un conţinut categorial care nu poate surprinde aspectele intime, singulare, concrete ale universului interior. Aceste aspecte pot apărea la „intersecţia" sferelor semantice ale cuvintelor, iar metaforele şi comparaţiile oferă această posibilitate : „durere ascuţită sau surdă", „o gheară la inimă", „simt că explodez" etc. Însă metaforele şi comparaţiile măresc riscul reificării, al confundării numelor cu lucrurile, a hărţii cu realitatea.

Psihoterapia nu este altceva decât o alternativă la construcţia psihologică a pacientului, o nouă „hartă" care îi permite acestuia să găsească alternative la căile iniţiale care păreau că nu duc nicăieri sau să descopere alte obiective.

Psihoterapia este posibilă pentru că ea nu-şi propune în mod necesar să schimbe „realitatea", lucrurile (această sarcină o au politicienii, economiştii etc.), ci imaginea noastră despre ea, gândurile noastre. Această perspectivă asupra realităţii şi existenţei nu este o descoperire recentă. „Nu lucrurile sunt cele care ne supără, ci părerile pe care le avem despre ele", spunea Epictet cu aproape 18 secole în urmă, iar Shakespeare spunea cu mult timp după el : „Lucrurile nu sunt bune sau rele, gândurile noastre le fac astfel".

Psihoterapia îşi propune să-l facă pe om mai liber, iar, în acest context, ***libertatea ar putea fi definită drept capacitatea de a dezvolta alternative***. Şi dacă există o formă supremă a libertăţii, aceasta ar putea fi libertatea de a gândi.

Dacă considerăm psihoterapia ca o formă de influenţă socială (Frank, 1973, *cf.* Walrond-Skinner, 1992, p. 281), atunci schimbarea terapeutică ar putea fi privită în contextul pe care îl oferă schimbării psihologia socială.

Acceptând ideea că „schimbarea socială constituie o transformare observabilă şi verificabilă pe o perioadă scurtă de timp" (Neculau, 1996, p. 224),

trebuie să subliniem că schimbarea terapeutică se conformează aceloraşi exigenţe : ea trebuie să fie manifestă – să fie observabilă de către pacient sau de către persoanele semnificative din jur, să poată fi verificată prin raportarea la câteva obiective clar formulate înaintea începerii terapiei şi să apară într-o perioadă rezonabilă de timp.

Modelul schimbării terapeutice variază de la o şcoală terapeutică la alta. Diferenţele vizează nu numai definiţia schimbării, ci şi formularea factorilor ce o provoacă şi a perioadei de timp în care ea trebuie să apară. Nu ne propunem acum să facem o analiză sistematică a schimbării terapeutice din perspectiva diverselor şcoli şi sisteme, ci să formulăm doar câteva observaţii generale.

2. Perspectiva psihanalitică asupra schimbării

În general, schimbarea terapeutică este apreciată prin dispariţia sau ameliorarea simptomului, fapt ce implică transformări cu ponderi diferite la nivel fiziologic, cognitiv, afectiv şi comportamental. Totuşi, din perspectiva modelului psihanalitic al schimbării, dispariţia sau ameliorarea simptomului nu sunt considerate o schimbare autentică, deoarece ele pot fi expresia temporară a relaţiei transferenţiale pe care pacientul o stabileşte cu terapeutul, şi nu consecinţele manifeste ale unor schimbări structurale profunde ale personalităţii. Acestea din urmă apar în urma unui travaliu terapeutic îndelungat care urmează „lunii de miere" terapeutice în care pacientul afirmă că problemele lui au dispărut.

Analizând problema schimbării terapeutice la Freud, D. Widlocher (1970) reuşeşte să realizeze o imagine completă asupra modelului freudian al schimbării, subliniindu-i atât limitele, cât şi resursele.

Procesele schimbării, spune D. Widlocher, se ordonează pe două axe principale : una pe care se derulează reconversia elementelor morbide (conflictelor primare) în echivalenţe „normale" şi cea pe care sunt activate forţele capabile să opereze această reconversie sau să i se opună.

Rezistenţa la schimbare este legată de persistenţa conflictului dintre reprezentarea patogenă şi restul personalităţii pacientului. În ceea ce priveşte forţele care concură la schimbare „se constată că medicul dispune de sugestie şi mai ales de interpretare, pacientul de interesele sale raţionale (curiozitate intelectuală, dorinţă de însănătoşire, sentiment de descărcare) şi, secundar, de afecţiunea şi stima pe care o manifestă faţă de medic" (D. Widlocher, 1970, p. 34).

Teoria freudiană a schimbării pare a fi suma unor ipoteze parţiale care se completează sau se suprapun pe măsură ce Freud îşi elaborează concepţia sa privind personalitatea şi patologia acesteia.

Iniţial, schimbarea a fost tratată ca un proces elementar care privează simptomul de locul său în economia psihică. Această concepţie are ca principal agent al schimbării interpretarea eficientă : sensul nou pe care ea îl introduce este probat de rezolvarea simptomului. Psihanalistul nu face altceva decât să fie atent, într-o manieră „flotantă", la efectele intervenţiei sale, la jocul defensiv pe care îl provoacă, la modificările structurale şi dinamice pe care interpretarea le iniţiază, la investiţiile afective pe care le deplasează. Încetineala cu care se instalează aceste efecte este expresia unei inerţii psihice, fapt ce justifică repetarea intervenţiei.

Pe măsură ce Freud şi-a definitivat concepţia sa asupra aparatului psihic şi diferenţierii acestuia în mai multe instanţe interdependente, asupra jocului constant articulat al tendinţelor pulsionale, a devenit evident că nu se poate opera o transformare fără a interveni asupra ansamblului acestui aparat psihic. Această transformare nu poate fi deci efectul unei interpretări izolate ca în cazul unui sistem mecanic care ajunge la un nou echilibru când se modifică un element. Orice intervenţie se loveşte, înainte chiar de producerea efectelor sale, de un întreg sistem de reglări. Rezistenţa la schimbare se manifestă chiar în momentul în care analistul intervine, cu scopul de a neutraliza efectul acestor intervenţii. De aceea intervenţiile terapeutului trebuie orientate alternativ spre diferite substructuri, încercând să acţioneze aproape simultan asupra elementelor care contribuie la asigurarea homeostaziei sistemului.

Principalii factori care intră în ecuaţia schimbării psihanalitice sunt rezistenţa, interpretarea, transferul. Analiza lor nu face însă obiectul acestui studiu. Acum este important să subliniem că limitele acestui model al schimbării îşi au originea în conceptele fundamentale ale psihanalizei. Dorind să facă din psihanaliză o ştiinţă care să respecte toate canoanele ştiinţelor naturii, Freud şi-a construit întreaga teorie în jurul noţiunii de energie – concept central al fizicii şi chimiei. Dar, după cum a observat Bateson (*cf.* J.J. Wittezaele şi T. Garcia, 1992, p. 82), luarea energiei ca bază de explicaţie a comportamentului uman a însemnat utilizarea unei analogii fizice inadecvate. Deşi teoriile psihodinamice utilizează termenul de energie într-o manieră analogică – comportamentul uman putând fi explicat *ca şi cum* motorul său ar fi o cantitate de energie mintală sau psihică (libidoul, bio-energia etc.) – această metaforă limitează capacitatea explicativă a construcţiei teoretice pe care o fundamentează. Se vorbeşte

despre energie blocată sau descărcată, de canalizarea ei, de rezerva de pulsiuni – termeni inadecvaţi studiului fenomenelor de interacţiune care implică organisme vii unde elementul capital care determină reacţiile, comportamentul individului, nu poate fi redus la un transfer de energie. Transferul de informaţii şi toate procesele implicate în tratarea ei (codare, clasificare, mod de organizare etc.), relaţiile de determinare de tip recursiv pe care le implică teoria informaţiei pot alcătui o bază explicativă mai validă pentru comportamentul uman. Nu negăm rolul unor procese psihice eminamente „energetice" precum afectivitatea şi motivaţia, dar şi aici intervin procese de autoreglare de tip cibernetic (cibernetica fiind, după Ashby, studiul „sistemelor legate prin informaţie").

Deşi psihanaliza consideră interpretarea, proces informaţional, motorul schimbării terapeutice, rezistenţa la schimbare este tratată într-o manieră energetică şi văzută ca ansamblu de „forţe" şi pulsiuni ce se opun tentativei de schimbare exercitată de terapeut. Eşecul (neapariţia schimbării aşteptate) este interpretat ca „rezistenţă" din partea clientului, deoarece terapeutul „expert" (care are de partea sa autoritatea unei „ştiinţe" infailibile) nu poate greşi. O cu totul altă perspectivă asupra rezistenţei la schimbare o au teoriile terapeutice construite în jurul conceptului de informaţie, care, luând în considerare aspectul colaborativ al relaţiei terapeutice şi procesele de tip recursiv pe care aceasta le presupune, afirmă: „Nu există eşec, există feed-back" (Peller şi Walter, 1992).

3. Alternativa terapiei strategice

Ştiinţa explică şi interpretează. Dorind să se afirme ca ştiinţă, psihanaliza a adoptat un limbaj explicativ şi interpretativ. Pentru a depăşi limitele psihanalizei, psihoterapia contemporană trebuie să adopte un limbaj prescriptiv. Dacă psihanaliza afirmă că pentru a obţine schimbări în comportamente trebuie mai întâi să determinăm schimbări în imaginea pacientului despre sine şi situaţia în care se află (schimbări obţinute prin explicare şi interpretare – *insight*), psihoterapia de orientare strategică şi sistemică consideră că schimbarea terapeutică poate demara şi prin prescrierea de schimbări mici la nivelul comportamentelor. Acestea pot iniţia un ciclu ascendent al schimbării care va include inevitabil şi schimbări la nivelul modului în care individul percepe (construieşte) realitatea.

Psihanaliza, terapia rogersiană şi terapiile dinamice, în general, au promovat ideea că pacientul, cel care solicită ajutor, determină ceea ce se

produce în timpul terapiei. Terapeutul are, în general, o atitudine pasivă, mulţumindu-se să interpreteze sau să reflecteze asemenea unei oglinzi perfecte ceea ce spune sau face pacientul. Metoda asociaţiei libere şi atitudinea, în general, pasivă a terapeutului fac din psihanaliză şi terapiile de inspiraţie dinamică, în mod inevitabil, terapii de lungă durată, la capătul cărora schimbarea terapeutică pare ori incertă, ori rezultatul altor factori, exteriori terapiei. În psihanaliză se consideră o „manipulare" faptul ca terapeutul să-şi centreze efortul asupra unei probleme anume, să fixeze obiective, să intervină într-o manieră deliberată în existenţa cuiva sau să evalueze rezultatul unei terapii.

În opoziţie cu această situaţie s-a dezvoltat demersul utilizat de terapiile scurte care este unul esenţialmente *strategic*. „Terapia strategică – spune J. Haley – nu constă într-o abordare sau o teorie particulară ; se dă acest nume terapiilor în care terapeutul îşi asumă responsabilitatea de a influenţa direct oamenii" (J. Haley, 1984, p. 22).

În terapia strategică schimbarea terapeutică nu este aşteptată, ea este sistematic provocată. Terapeutul care utilizează un astfel de demers „identifică problemele susceptibile a fi rezolvate, fixează obiective, evaluează răspunsurile pe care le primeşte pentru a-şi corecta modalitatea de abordare şi, în final, verifică rezultatul terapiei sale pentru a vedea eficienţa ei" (J. Haley, 1984, p. 21).

Începând cu anii '50 s-au dezvoltat foarte multe abordări terapeutice ce aparţin terapiei strategice : diverse modalităţi de terapie familială, terapii cognitive etc.

M. Erickson poate fi considerat „maestrul incontestabil" (J. Haley, 1984) al abordării strategice în psihoterapie. Una din credinţele fundamentale ale acestuia este aceea conform căreia „schimbarea este nu numai posibilă, ci şi *inevitabilă*" (Haley). Important este ca terapeutul, utilizând tehnici adecvate, să valorifice şi să orienteze schimbarea, permanenţă a oricărei relaţii sociale, inclusiv a relaţiei terapeutice, în vederea atingerii obiectivelor terapiei.

Consecvenţi perspectivei constructiviste, teoreticienii Şcolii terapeutice de la Palo Alto consideră că schimbarea terapeutică nu presupune totdeauna dispariţia comportamentului problemă ; schimbarea poate interveni la nivelul semnificaţiilor care fac dintr-un comportament anume o „problemă". Astfel, la sfârşitul unei terapii scurte reuşite, un pacient a rezumat cu aceste cuvinte schimbarea terapeutică produsă : „Problema era felul în care vedeam eu situaţia. Acum o văd altfel şi de aceea ea nu mai este o problemă" (Watzlawick, 1990, p. 56). Este ilustrativ şi cazul prezentat de

S. de Shazer: o tânără pacientă s-a prezentat la terapeut afirmând că în prezenţa viitorului soţ şi a altor persoane cunoscute nu poate vorbi decât foarte puţin; la sfârşitul terapiei pacienta nu vorbea mai mult, dar tăcerea sa nu mai era o problemă, ci expresia unei capacităţi valorizate, aceea de a şti să asculţi şi să înţelegi! (S. de Shazer, 1985, p. 14).

În acest context, schimbarea (terapeutică) poate fi definită ca *„un proces terapeutic al iniţierii (şi promovării) de comportamente observabile noi şi diferite şi/sau percepţii (cadre de referinţă) cu privire la contextul problemei prezentate (şi a structurilor care o înconjoară) şi/sau a soluţiilor acestei probleme (având permanent în minte că structurile care înconjoară problema şi problema însăşi nu sunt două «lucruri» separate, ci sunt aspecte recursiv relaţionate ale aceluiaşi «lucru»)*" (S. de Shazer, 1985, p. 65).

Schimbarea terapeutică presupune, prin urmare, o abordare ecologică ce vizează promovarea de alternative comportamentale sau referenţiale la problemele sau soluţiile cu care se prezintă pacientul. Din această perspectivă am putea spune că obiectul principal al psihoterapiei îl constituie creşterea libertăţii omului, înţeleasă drept capacitatea de a dezvolta şi promova alternative.

Inspirându-se din teoria grupurilor şi teoria tipurilor logice, Watzlawick *et al.* (1975) deosebesc între schimbarea de ordinul I şi schimbarea de ordinul II: prima se desfăşoară în interiorul sistemului, sistemul însuşi rămânând neschimbat, a doua modifică sistemul. Schimbarea terapeutică de ordinul I utilizează resursele cunoscute ale sistemului şi-l conduce la starea sa iniţială după ce perturbările au fost eliminate, resorbite: o obrăznicie a lui Gigel determină o pedeapsă ce-l aduce pe drumul cel bun; o ceartă într-un cuplu sfârşeşte printr-o scenă de plâns, scuze şi consolări care, ca de obicei, restabileşte armonia familială.

Când, sub presiunea condiţiilor externe sau interne, mecanismele de autoreglare ale sistemului nu sunt suficiente pentru a restabili buna lor funcţionare, se produce o escaladă a transformărilor centrifuge, care se poate termina fie prin destructurarea sistemului (exemplu – destrămarea familiei), fie printr-o reorganizare a sa care să permită o funcţionare diferită de cea de până atunci. În acest caz avem de-a face cu o schimbare de ordinul II.

După P. Watzlawick (1975), o schimbare de ordinul II implică totdeauna o schimbare de nivel logic. Dintr-o anume perspectivă, aceasta înseamnă că, dacă persoanele implicate în situaţie ar fi putut prevedea soluţia care ar fi condus, eventual, la o schimbare de ordinul II, aceasta li s-ar fi părut ilogică, chiar absurdă, din punctul de vedere al logicii lor de atunci.

Părinţii lui Gigel, ca să revenim la exemplul anterior, ca şi Gigel însuşi, funcţionau după principiul că părinţii decid totul în legătură cu copiii, spre binele acestora, iar nerespectarea deciziilor trebuie pedepsită. Nimeni nu a pus sub semnul întrebării acest principiu înainte ca pedepsele, deşi repetate şi din ce în ce mai aspre, să se dovedească ineficiente. Singura soluţie este schimbarea regulilor sistemului, respectiv Gigel va avea dreptul şi el să ia anumite decizii, va avea dreptul la o anume autonomie.

Schimbarea de ordinul I, care are ca regulă principală multiplicarea, nu face altceva decât să alimenteze cercul vicios ce menţine problema. P. Watzlawick numeşte „soluţii ce menţin problema" soluţiile bine intenţionate, dar prost orientate deoarece au la bază un principiu de bun simţ : „mai mult din acelaşi lucru" (regula multiplicării – dacă ceva nu mi-a reuşit, nu am încercat de suficient de multe ori !). Referindu-se la aceeaşi idee S. de Shazer afirmă : „Acuzele sunt menţinute de ideea pacienţilor că ceea ce au hotărât să facă în legătură cu dificultatea lor iniţială a fost singurul lucru corect şi logic ce trebuia făcut. De aceea pacienţii se comportă ca şi cum ar fi prinşi în capcana de a face mai mult din acelaşi lucru.." (S. de Shazer, 1985, p. 25). Nici terapeuţii nu sunt feriţi de această capcană când abordează problemele pacienţilor lor ! În această situaţie, terapeutul „expert", singurul care ştie soluţia „corectă şi logică", are „şansa" de a eticheta pacientul ca „rezistent" !

Schimbarea terapeutică este esenţialmente o schimbare de ordinul II. Ea promovează reguli noi care schimbă cadrul de referinţă, întrerupând jocul fără sfârşit, cercul vicios care alimenta problema. Tehnicile specifice acestei schimbări sunt centrate pe situaţia „aici şi acum", pe efecte, şi nu pe cauze, pe prezent şi viitor, şi nu pe trecut.

Intrând într-o polemică implicită cu psihanaliza şi teoriile de sorginte psihanalitică, P. Watzlawick afirmă că modelul schimbării bazat pe cercetarea cauzelor furnizează de cele mai multe ori „soluţii ce menţin problema" : „Putem acum să constatăm că cercetarea cauzelor în trecut este tocmai una din aceste «soluţii» ce antrenează propriul eşec".

Aceeaşi idee este susţinută şi de afirmaţia categorică a lui J.A. Malarewicz : „Trecutul nu explică prezentul". Întrucât acest enunţ contrazice regula bunului simţ, el îl reformulează : „Explicaţiile pe care ni le aduce trecutul sunt de mică utilitate în ceea ce priveşte schimbările căutate în prezent" (Malarewicz, 1992, p. 21). Menţionăm, rezumativ, argumentele acestei afirmaţii.

Între trecutul şi prezentul unui individ există un număr incalculabil de evenimente aflate într-o relaţie circulară de cauză-efect, fapt ce permite

construirea mai multor explicaţii cauzale pentru acelaşi eveniment prezent. De aceea orice explicaţie cauzală este una incompletă, subiectivă şi, mai mult, nu numai că nu favorizează schimbarea dar o poate bloca, stimulând structurarea rezistenţelor: „a da sau a împărtăşi o explicaţie înseamnă în egală măsură şi a procura pacientului posibilitatea de a construi contra-argumente, raţionamente contrare" (Malarewicz, 1992, p. 21).

În acord cu ideea promovată de Şcoala de la Palo Alto (G. Bateson, D. Jackson, J. Weakland, P. Watzlawick, R. Fisch etc.), Malarewicz afirmă că *insight*-ul nu provoacă în mod necesar schimbarea; pentru ca ea să se producă este nevoie de „o modificare relaţională între pacient şi simptomul său sau între pacient şi anturajul său". Este nevoie deci de o schimbare care să antreneze modificări şi la niveluri superioare simptomului, să depăşească spaţiul psihologic al acestuia prin introducerea unor relaţii (reguli) noi. Această idee este metaforic prezentată de P. Watzlawick prin problema celor nouă puncte ce trebuie unite prin patru linii drepte fără a ridica creionul de pe hârtie. Dacă adoptăm drept cadru de referinţă doar spaţiul delimitat de cele nouă puncte – regulă care nu este impusă de enunţul problemei – problema nu poate fi rezolvată indiferent câte încercări am efectua. Soluţia poate fi găsită doar dacă se depăşeşte acest spaţiu, realizând astfel „schimbarea de ordinul II" (fig. 1).

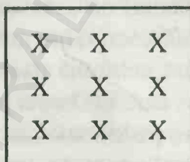


Fig. 1 – *Problema celor nouă puncte*

Din perspectiva terapiei strategice promovate de Şcoala de la Palo Alto practica schimbării terapeutice cuprinde următoarele etape (Watzlawick *et al.*, 1975):

1) Definirea clară a problemei în termeni curenţi. După cum se ştie, „o problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată".
2) Examinarea soluţiilor deja încercate. De foarte multe ori problemele apar şi se menţin prin utilizarea unor soluţii inadecvate în cazul unor dificultăţi, iniţial minore. Eşecurile anterioare nu ne indică doar ce anume nu trebuie făcut, ci şi zona în interiorul căreia poate fi încercată schimbarea.
3) Definirea clară a schimbării la care dorim să ajungem. Această etapă implică necesitatea unui scop definibil concret şi realizabil practic.

Propunerea unor scopuri „utopice” nu numai că nu conduce la rezolvarea problemei, ci duce la agravarea ei. Se spune, pe drept cuvânt, că „mai binele este duşmanul binelui”, sau „Forţându-ne să atingem inaccesibilul, facem imposibil ceea ce ar fi realizabil” (R. Ardrey, *cf*. Watzlawick *et al*., 1975, p. 66).

4) Formularea şi aplicarea unui proiect pentru a efectua schimbarea propusă. Două principii fundamentale guvernează această etapă:
   a) obiectivul schimbării nu este altul decât oprirea, eliminarea încercărilor de soluţionare a problemei (eliminarea „soluţiilor ce menţin problema”, ruperea cercului vicios „a face mai mult din acelaşi lucru”);
   b) tactica utilizată trebuie tradusă în „limbajul” propriu subiectului, adică trebuie să-i fie prezentată într-o manieră care utilizează propriile-i imagini asupra „realităţii”.

Tehnicile utilizate, în mod deosebit, sunt cele care au la bază *resemnificarea* („reframing”), descoperirea de noi sensuri şi, prin aceasta, de noi alternative la formulările iniţiale ale problemelor şi soluţiilor (vezi definiţia schimbării terapeutice după S. de Shazer), şi *prescripţiile paradoxale* care au ca scop abandonarea soluţiilor „logice” dar inutile.

Adoptând o perspectivă integrativă, Cancrini (1993, p. 99) consideră că pentru obţinerea schimbării, spaţiul psihologic creat de relaţia terapeutică permite în general utilizarea următoarelor manevre:

1) Dezvoltarea unei confruntări între premisele pacientului şi cele ale terapeutului; acesta din urmă trebuie antrenat cu grijă să nu cadă în capcana de a confirma vechile premise ale pacientului (riscul „nevrozei în doi”, de care vorbea Freud).
2) Conducerea pacientului în situaţia de a se comporta, atât în cabinetul terapeutului cât şi în afara lui, în aşa fel încât să fie confruntat cu premisele care, fără ca el să-şi dea seama, îi controlează comportamentul.
3) Demontarea contradicţiilor dintre realitate şi premisele care controlează în mod obişnuit comportamentul pacientului.
4) Inducerea la pacient a anumitor exagerări sau caricaturizări ale experienţelor fondate pe vechile premise (mişcarea contraparadoxală).

Unitatea tuturor tehnicilor psihoterapeutice, spune Concrini, constă în faptul că ele vizează într-un fel sau altul aceste „contradicţii”. Psihoterapia conduce la o schimbare a premiselor sau fundamentelor pe care individul sau grupul şi-a organizat şi blocat experienţa proprie. Individul „devine

conştient de relativitatea diverselor puncte de vedere, de imposibilitatea de a adera o dată pentru totdeauna la o interpretare unică a realităţii" (Concrini, 1993, p. 100).

4. Harta sau teritoriul?

După trecerea în revistă a câtorva dintre cele mai semnificative puncte de vedere asupra schimbării terapeutice, ne putem întreba : care trebuie să fie ţinta schimbării terapeutice – teritoriul (acţiunile reale, mereu în schimbare) sau harta (reprezentarea/semnificaţia mai mult sau mai puţin încremenită a acestora)?

Psihanaliza şi psihoterapiile dinamice în general acordă prioritate „hărţii", considerând că înţelegerea, clarificarea, *insight*-ul vor antrena în cele din urmă o schimbare comportamentală. De obicei acest proces este de lungă durată, iar schimbarea la nivelul comportamentului nu apare întotdeauna, iar când apare poate fi atribuită şi altor factori.

Terapiile scurte, numite generic „strategice", fără a neglija importanţa „hărţii" şi a înţelegerii acesteia, pentru schimbarea căreia utilizează tehnici specifice, consideră că schimbarea terapeutică poate demara şi cu mici schimbări la nivelul „teritoriului", adică prin schimbări ale comportamentelor care, printr-un proces de cauzalitate circulară, vor antrena schimbări la nivelul semnificaţiilor.

Pentru a acţiona la nivelul reprezentărilor se utilizează îndeosebi interpretarea, explicarea (psihanaliza), resemnificarea („reframing"), concluziile paradoxale sau „conotaţia pozitivă" a simptomului etc.

Pentru a modifica „teritoriul" se folosesc prescripţii comportamentale fundamentate de teoriile învăţării, prescripţiile paradoxale, ritualurile comportamentale.

Având în vedere axa temporală, putem observa că psihoterapiile de inspiraţie freudiană se centrează asupra trecutului, considerând că problemele prezente îşi au originea în istoria pacientului, în timp ce terapiile strategice se orientează asupra prezentului şi viitorului. Când iau în considerare trecutul, acesta este redefinit („reframing", conotaţii pozitive ale simptomelor etc.) în funcţie de necesităţile prezentului!

Relaţia cauzală simplă trecut-prezent, întâlnită în majoritatea construcţiilor explicative de factură psihanalitică, este înlocuită în cadrul terapiei strategice de un mecanism determinativ mai complex în care „viitorul schimbă prezentul" (Malarewicz, 1992, p. 123) în urma unui proces

autoreferenţial şi anticipativ. Prin gradul său crescut de nedeterminare, viitorul asigură o mare libertate de construcţie a alternativelor comportamentale care, o dată adoptate, devin „predicţii ce se autoîmplinesc".

5. Rezistenţa şi conflictul – surse ale schimbării terapeutice

Rezistenţa este un concept crucial în istoria psihoterapiei. Ea se referă la dificultăţile, în general inconştiente şi mai mult sau mai puţin dificil de adus în câmpul conştiinţei, pe care pacientul le manifestă în iniţierea procesului terapeutic şi atingerea scopurilor sale. De cele mai multe ori ele sunt exprimate într-o manieră nonverbală, implicită şi îşi au originea în sistemul de relaţii în care este implicat pacientul ; ele sunt manifeste fie în comportamentul pacientului (mai ales într-o terapie individuală), fie în comportamentul persoanelor semnificative care îl înconjoară şi care stabilesc cu el şi cu suferinţa sa complicităţi mai mult sau mai puţin conştiente. Acest ultim aspect, deşi semnalat de mulţi psihanalişti[2], a fost confirmat de experienţa psihoterapeuţilor familiali.

5.1. Rezistenţa în concepţia psihanalitică

Rezistenţa, concept fundamental al psihanalizei, l-a condus pe S. Freud la dezvoltarea „regulii fundamentale" a teoriei sale – *asociaţia liberă* ce implică *neutralitatea* terapeutului precum şi recunoaşterea faptului că accesul la procesele psihice inconştiente nu se poate realiza decât prin metode indirecte.

Această concepţie „economică" sau „energetică" asupra psihicului bazată pe analiza atracţiilor, repulsiilor şi echilibrului între diverse forţe (pulsiuni şi instanţe ale personalităţii) interpretează rezistenţa utilizând modelul lui Galilei asupra mişcării corpurilor (Cancrini, 1993, p. 86). Primele descrieri ale rezistenţei în opera lui Freud se sprijină pe ideea unei analogii între om şi maşină, obiect de studiu al fizicii secolului al XIX-lea ; aceeaşi idee se regăseşte şi în descrierile ulterioare, mai complexe, în care

2. „Acela care ştie ce neînţelegeri sfâşie adesea o familie nu se va mira constatând, în practica psihanalizei, că cei din apropierea bolnavului sunt adesea mai interesaţi să-l vadă rămânând în situaţia în care se află decât însănătoşit" (Freud, 1980, p. 369).

rezistenţa este văzută ca derivând, în parte, din instanţele *Eu*-lui (refularea, rezistenţa de transfer, beneficiul secundar al bolii) şi *Supraeu*-lui (sub forma unor mecanisme) şi, parţial, din *Sine*, ca expresie directă a constrângerii spre repetiţie (sub forma pulsiunilor). Din această perspectivă, studiul rezistenţei este prezentat ca studiul unui „câmp de forţe". Ideea că rezistenţa este rezultanta unei serii de forţe de semn contrar celei pe care conţinuturile psihice refulate le exercită asupra conştiinţei este evidenţiată în definiţia propusă de Laplanche şi Pontalis în *Vocabularul psihanalizei* : „În cadrul terapiei psihanalitice, tot ceea ce în acţiunile şi cuvintele analizatului se opune accesului acestuia la propriul inconştient este numit rezistenţă. Prin extensie, Freud a vorbit de rezistenţă la psihanaliză pentru a desemna o atitudine de opoziţie faţă de descoperirile sale în măsura în care ele revelau dorinţele inconştiente şi produceau omului o «vexaţie psihologică»" (J. Laplanche, J.B. Pontalis, 1994, p. 375).

Imaginea rezistenţei ca forţă (sau ca rezultantă a unui câmp de forţă) convine unei terapii în care priza de conştiinţă, *insight*-ul, constituie fenomenul fundamental. Tipurile de rezistenţă menţionate pot fi depăşite dacă pacientul va abandona simptomul, va integra materialul inconştient în câmpul conştiinţei, îşi va relaxa mecanismele de apărare şi va acţiona conform principiului realităţii. Puterea rezistenţei este un indicator al semnificaţiei materialului refulat. Terapia psihanalitică este de obicei un proces de lungă durată deoarece aceste rezistenţe trebuie depăşite în mod repetat. Astfel, pacientul, repetând depăşirea acestora în cadrul relaţiei transferenţiale şi al procesului terapeutic în totalitatea sa, evidenţiază natura dificultăţilor sale. Prin conştientizarea şi analiza rezistenţelor pacientul devine treptat liber în raport cu ele. Psihanaliza ortodoxă recomandă stimularea transferului pozitiv şi utilizarea sa ca forţă în depăşirea rezistenţelor. Doar relaţia afectivă, de tip transferenţial, asigură succesul interpretării şi depăşirea rezistenţelor : „Argumentele care nu au drept corolar faptul de a emana de la persoane iubite nu vor exercita nici cea mai mică influenţă în viaţa majorităţii oamenilor" (Freud, 1980, p. 360).

5.2. Rezistenţa la schimbare – din perspectiva altor şcoli terapeutice

Indiferent de orientarea lor teoretică, majoritatea psihoterapeuţilor admit existenţa rezistenţei, dar o explică în mod diferit şi propun, în consecinţă, demersuri diferite pentru depăşirea ei.

De pildă, Bandura (1969), abordând rezistenţa din perspectiva învăţării sociale, afirmă: „Dacă un individ refuză să recunoască anumite gânduri sau impulsuri sugerate lui de către terapeut, problema care se pune este dacă rezistenţa evidenţiază conţinuturi psihice represate ori o îndreptăţită respingere a unor interpretări eronate” (*cf.* S. Walrond-Skiner, 1992, p. 298).

Unii terapeuţi comportamentali explică atât refularea, cât şi rezistenţa în termenii ***evitării învăţate***: dacă anumite gânduri sunt în mod repetat asociate cu experienţe neplăcute, ele dobândesc un caracter aversiv. Rezistenţa, astfel conceptualizată, poate fi depăşită prin utilizarea unor tehnici de decondiţionare.

L. Cancrini (1993) propune o altă interpretare a rezistenţei din perspectiva unei lecturi cibernetice a funcţionării psihice. Astfel, activarea atitudinilor şi comportamentelor, asociate apărării organizării psihice anterioare, ar putea fi văzută ca decurgând din absenţa sau insuficienţa unui semnal susceptibil să activeze un program latent. Astfel, acest „program” nu este utilizat deoarece nu este formulat într-o manieră recognoscibilă, sau este plasat într-un context care-i denaturează semnificaţia. Există şi situaţia în care „programul latent” (alternativa – n.n.) nu este complet utilizat deoarece, nefăcând obiectul unei situaţii autentice de comunicare, nu a atins valoarea „prag” necesară pentru a determina o nouă lectură a experienţei şi pentru a activa atitudini şi comportamente consecutive corespunzătoare.

Această perspectivă asupra rezistenţei face din priza de conştiinţă (*insight*) un fenomen „accesoriu şi parţial”, nu totdeauna necesar, şi pune în relaţie rezistenţa cu conceptul sistemic de homeostazie înţeles ca rezistenţa pe care o manifestă orice sistem în echilibru la solicitări subliminale de schimbare.

Perspectiva sistemică asupra rezistenţei i-a condus pe specialiştii în terapia familiei să considere că geneza şi ***menţinerea*** problemei trebuie căutate în sistemul de relaţii în care este integrat pacientul. Astfel, modelul terapeutic propus de Haley (1980) şi Madanes (1981) consideră că problema pacientului este generată de un anume context organizaţional şi este menţinută deoarece ea are o funcţie de conservare a sistemului familial; toate acţiunile membrilor familiei sunt organizate în jurul problemei. Este destul de frecventă situaţia în care problemele deosebite ale copilului conduc la împăcarea şi solidarizarea părinţilor în vederea rezolvării lor. Este evident că „rezistenţa” la schimbare a copilului nu poate fi depăşită decât deposedând simptomul de funcţia şi puterea sa, făcându-l nenecesar în „economia” familiei. Se realizează astfel o redistribuţie a puterii în grupul familial, stabilindu-se o „ierarhie congruentă”.

Alt model terapeutic descrie menţinerea problemei de către anumite structuri familiale şi coaliţii, manifeste sau implicite, între diversele generaţii ce alcătuiesc familia (Minuchin, 1978), în timp ce „Modelul milanez" (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin şi Prata, 1978) consideră că problemele sunt guvernate de „regula fundamentală a familiei". În sfârşit, în concepţia Şcolii de la Palo Alto (Weakland, Fisch, Watzlawick etc.) întâlnim ideea „soluţiilor care menţin problema" printr-un cerc vicios ce nu poate fi spart decât prin prescripţii paradoxale (de pildă, prescripţia simptomului).

5.3. Cum poate fi depăşită rezistenţa ?

Probabil că această întrebare ar trebui urmată de alta : „Trebuie depăşită orice rezistenţă la schimbare ? ". Rezistenţa la tentativele de influenţă ale celorlalţi este semnul personalităţii mature şi fiecare dintre noi ne afirmăm o anume identitate psihosocială doar în măsura în care spunem „Nu". Totuşi, personalitatea umană este, ea însăşi, produsul unui proces deosebit de complex de modelare, influenţare, interiorizare/exteriorizare.

Rezistenţa la schimbare este, prin urmare, o trăsătură normală, neadaptive fiind doar valorile ei extreme. Această idee a fost plastic exprimată de McGuire (1989, p. 308) care compara persoana foarte influenţabilă cu o particulă aflată în mişcare browniană şi, prin urmare, incapabilă de o opinie proprie şi o acţiune eficientă, în timp ce persoana deloc influenţabilă este incapabilă să înveţe din experienţa altora !

În acelaşi timp, trebuie să recunoaştem că în situaţii limită, plasticitatea comportamentului uman scade, acesta fiind dominat de stereotipii, comportamente automate şi „economice", instincte. Din această perspectivă, psihoterapia are datoria de a-l elibera pe omul aflat în astfel de situaţii, de a-l ajuta să revină la cârma destinului său.

Cu toate acestea se poate constata pericolul şi/sau inutilitatea tentativelor de a forţa rezistenţa fără a ţine cont de raţiunile ce o explică. Negarea bolii grave de catre pacientul care suferă, uneori cu complicitatea celor din jur, exprimă dreptul lui la speranţă ! De aceea terapeutul trebuie să evalueze rezistenţa în interiorul cadrului de referinţă care o explică şi o justifică. Mai mult, când consideră oportun, terapeutul îşi poate orienta intervenţia asupra unor aspecte ale situaţiei care concură într-o manieră importantă la menţinerea rezistenţei, mai degrabă decât asupra rezistenţei în sine. El poate susţine temporar funcţia defensivă a acesteia până în momentul în care evoluţia situaţiei conduce la dispariţia rezistenţei, ea nemaifiind necesară.

Fiecare şcoală terapeutică ce recunoaşte şi conceptualizează într-un anume fel rezistenţa propune şi modalităţi specifice de depăşire a ei. Între acestea am amintit deja interpretarea şi transferul, promovate de psihanaliză, şi învăţarea, proces terapeutic central al terapiilor cognitiv-comportamentale.

De asemenea, utilizarea sugestiilor indirecte, a poveştilor şi metaforelor, a prescripţiilor paradoxale este propusă de o serie de şcoli terapeutice.

În plus, cadrul de referinţă al teoriei disonanţei cognitive (Festinger, 1957) şi al teoriei reactanţei psihologice (Brehm, 1966) poate genera diverse conceptualizări ale rezistenţei, cât şi procedee şi tehnici specifice de abordare a acesteia.

Rezistenţa ca factor „contraterapeutic" este conceptualizarea promovată îndeosebi de psihanaliză şi alte şcoli terapeutice, care postulează în mod explicit că în relaţia terapeutică, terapeutul este „expertul" ; terapeutul, în calitatea sa de „expert", indică direcţia şi felul schimbării, iar pacientul care refuză să adere la ele este etichetat ca „rezistent" ! (Walter şi Peller, 1992 ; Malarewicz, 1992).

Trebuie să subliniem totuşi că Freud, consecvent ideii determinismului complex al vieţii psihice, afirmă că psihanalistul, în cadrul interpretărilor sale, opune o „motivaţie multiplă" pentru a explica un fapt psihic : „el (psihanalistul – n.n.) face apel la mai multe cauze, la o ***motivaţie multiplă*** (s.a.) pentru a explica un fenomen psihic, pe când pretinsa noastră trebuinţă înnăscută de explicaţie cauzală se declară satisfăcută cu punerea în evidenţă a unei singure cauze" (Freud, 1980, p. 395). Apelul la această cauzalitate multiplă măreşte probabilitatea unui acord între terapeut şi pacient privind cauzele problemei şi direcţia schimbării, deşi, trebuie să recunoaştem, interpretarea de tip psihanalitic nu propune ***mai multe alternative*** între care pacientul poate ***alege***. În concepţia lui Freud, terapeutul este ***singurul*** în măsură să definească exact ***„realitatea"*** pacientului, iar scopul terapiei este depăşirea rezistenţelor de acceptare a acestei realităţi : „Soluţia conflictelor sale şi suprimarea rezistenţelor nu reuşeşte decât în cazul în care i s-au oferit reprezentări aducătoare de speranţă care, la bolnav, coincid cu realitatea. Ceea ce, în ***supoziţiile medicului***, nu corespunde acestei realităţi este ***eliminat*** în chip spontan în cursul analizei, trebuie retras şi înlocuit prin supoziţii mai exacte" (s.n., I.D.) (Freud, 1980, p. 365). În aceste afirmaţii transpare totuşi şi ideea unei flexibilităţi a interpretărilor propuse de terapeut ; prin utilizarea termenului „supoziţii" s-ar putea sugera şi posibilitatea revenirii asupra unor afirmaţii care, evident, nu au un caracter apodictic.

Tot mai mulţi terapeuţi evidenţiază caracterul colaborativ al relaţiei terapeutice în care „clientul este expertul” (Walter şi Peller, 1992 ; Shazer, 1985 etc.). Încercarea terapeutului de a construi o soluţie la problema pacientului, fără a ţine seama de aşteptările acestuia, ne aduce în minte vechiul proverb conform căruia „iadul este pavat cu intenţii bune”. Terapeutul „expert”, singurul posesor al „adevărului” ştiinţific în domeniul problemelor celorlalţi, devine uşor prizonierul imaginii ***proprii*** despre soluţie, incapabil să observe ce aşteaptă celălalt de la el.

În acest context, însăşi „rezistenţa” pacientului, interpretată ca incapacitate de schimbare, refugiu în boală determinat de beneficiile secundare ale bolii, trebuie considerată mai degrabă o metaforă ce-şi evidenţiază sensurile în cadrul de referinţă creat de teoria expectanţei : „Trebuie ţinut minte că rezistenţa este doar o metaforă care descrie anumite comportamente în contextul terapiei şi că alte metafore pot fi mult mai utile. Rezistenţa nu este ceva concret. Relaţia dintre conceptul de rezistenţă şi conceptul cooperării poate fi văzută astfel : dacă terapeutul ***alege*** (s.a.) să considere comportamentul clienţilor ca rezistenţă, atunci încercările lor de a coopera nu pot fi văzute, din moment ce fiecare perspectivă o exclude pe cealaltă ; dacă terapeutul este orientat spre un comportament cooperativ, atunci el nu va fi capabil să vadă rezistenţa” (Shazer, 1985, pp. 72-73). Situaţia este similară celei create de percepţia figurilor duble : aceeaşi realitate ne oferă imagini diferite în funcţie de aşteptări şi perspective.

Pacientul iniţiază terapia dorind să se schimbe. Dacă o soluţie nu merge, nu pacientul este rezistent ; mai probabil, terapeutul nu a găsit ***încă*** direcţia schimbării aşteptate de pacient. Această idee este bine surprinsă de Walter şi Peller : „Nu există eşec, există doar feed-back” (1992, p. 40).

Din perspectiva acestei noi orientări schimbarea terapeutică nu este trecerea din starea A în starea B (unde imaginea lui B este definită univoc de către terapeutul „expert”). Schimbarea terapeutică devine „procesul terapeutic al iniţierii (şi promovării) unor comportamente observabile ***noi şi diferite*** şi/sau cadre de referinţă în contextul problemei prezente (şi a structurilor pe care le implică) şi/sau al soluţiei acestei probleme...)” (Shazer, 1985, p. 6).

5.4. Rezistenţă şi conflict

Rezistenţa şi conflictul sunt două noţiuni corelative : rezistenţa conduce la conflict, iar rezolvarea conflictului presupune depăşirea unor rezistenţe şi iniţierea schimbării în sensul unuia din vectorii ce a declanşat conflictul.

De aceea analiza relaţiei pacient-terapeut, din perspectiva cadrului oferit de influenţa socială, mai precis de teoria elaborării conflictului (Mugny şi Perez) ar putea prilejui noi şi utile perspective asupra rezistenţei pacientului.

Teoria elaborării conflictului consideră că, din tot evantaiul de procese şi situaţii posibile, instrumentul de intervenţie şi de influenţă cel mai potrivit îl constituie recurgerea la conflict, iar schimbările manifeste şi latente ale „ţintei" sunt în funcţie de activitatea sociocognitivă dominantă indusă de natura specifică a conflictului (Mugny şi Perez, 1996, pp. 248-249).

Între tipurile de conflicte pe care Mugny şi Perez le conceptualizează, considerăm că relaţiei pacient-terapeut îi sunt specifice conflictele de tip normativ şi identitar (specifice sarcinilor de opinie conform teoriei amintite).

În ceea ce priveşte conflictul normativ, el poate fi declanşat de utilizarea de către terapeut a etichetelor nosologice psihiatrice care accentuează asimetria relaţiei terapeut-pacient, făcând din primul exponentul „majorităţii normale", iar din al doilea elementul unei „minorităţi" deviante, anormale sau patologice.

A pune semnul egalităţii între anormal şi patologic înseamnă a confunda două criterii distincte : normalul este definit după criterii statistice, în timp ce „patologicul" trebuie definit după alte criterii, care, cel puţin în domeniul psihiatriei, nu sunt încă totdeauna foarte clare. De altfel, mulţi reprezentanţi ai „curentului antipsihiatric" afirmă că diagnosticul psihiatric exprimă puterea, teroarea majorităţii asupra minorităţii.

În faţa unui terapeut ce-l etichitează ca având manifestări anormale sau patologice, pacientul are mai multe alternative :

- respinge eticheta nosologică şi conflictul va fi rezolvat prin negarea competenţei terapeutului, prin utilizarea unor „norme" proprii în scopul diferenţierii de categoria de persoane la care face trimitere eticheta nosologică („alcoolicul este orice persoană care bea mai mult decât mine ! "). În acest caz eficienţa terapiei este nulă.
- acceptă eticheta nosologică ; acest fapt poate să conducă fie la interiorizarea conflictului şi la prelucrări cognitive, având ca rezultat o influenţă manifestă şi latentă în sensul scopului terapeutic propus de terapeut, fie la un conformism manifest, la disimularea simptomului (alcoolicul care bea pe ascuns). În acest ultim caz conformismul poate introduce o „paralizie sociocognitivă" : „conflictul normativ fiind rezolvat prin adoptarea răspunsului manifest, subiectul nu are de elaborat mai mult conflictul" (Mugny şi Perez, 1996, p. 252).

Putem concluziona că schimbarea terapeutică devine problematică dacă pacientul elaborează conflictul trăit ca fiind de natură normativă şi că primul pas spre o schimbare autentică este făcut în momentul în care pacientul recunoaşte că are o problemă, fără ca aceasta să-l categorizeze ca fiind în mod necesar „anormal" sau „bolnav".

Omul se construieşte pe sine însuşi doar în relaţie cu Celălalt. În aceste tranzacţii cu Celălalt fiecare fiinţă umană trăieşte nevoia universală a unei perspective pozitive, a unei imagini pozitive de sine, a demnităţii (C. Rogers).

Tocmai de aceea relaţia terapeutică, la fel ca orice relaţie socială, poate induce un conflict identitar. „Elementele problematice ale conflictului de identificare sunt protejarea unei imagini pozitive de sine şi presiunea exercitată pentru a menţine coeziunea sau omogenitatea in-grupului" spun Mugny şi Perez (1996, p. 251). În cazul psihoterapiei problema ar putea fi reformulată astfel: în ce măsură pacientul îşi poate păstra o imagine pozitivă de sine, admiţând în faţa terapeutului că are anumite probleme pe care doreşte să le rezolve pentru ca întorcându-se în grupul din care provine (familie, grup profesional etc.) să fie considerat la fel ca toţi ceilalţi membri ai grupului.

Din această perspectivă, psihoterapia poate fi eficientă doar în măsura în care relaţia terapeut-pacient nu dezvoltă la acesta din urmă un conflict identitar ce ar duce la elaborări sociocognitive care ar accentua rezistenţa la terapie.

Cercetările din domeniul psihologiei sociale au evidenţiat că subiecţii se schimbă în relaţie cu o sursă expertă doar atunci când şi-au putut rezolva mai întâi această ameninţare a identităţii. Terapeutul „expert" poate induce uşor pacientului un conflict identitar. Fiecare din cei doi termeni ai relaţiei va avea tendinţa să-şi afirme o imagine pozitivă în raport cu celălalt.

Abia după rezolvarea acestui conflict vor putea demara elaborări cognitive care vor fi centrate pe conflictul dintre diversele alternative rezolutive ce apar în timpul terapiei.

Cum rezolvă diversele şcoli terapeutice această problemă?

Pentru psihanaliză „transferul devine [...] câmpul de bătălie pe care trebuie să se ciocnească toate forţele aflate în conflict" (Freud, 1980, p. 366). Relaţia pacient-terapeut reproduce, la un alt nivel, conflictele primare ale pacientului cu persoanele semnificative în cursul socializării şi maturizării lui. Într-o primă etapă, psihanalistul care cultivă transferul până la transformarea acestuia în „nevroză de transfer" nu face altceva decât să alimenteze la pacient un conflict identitar; femeia-pacient va

dori să intre în rolul de iubită sau fiică, iar bărbatul-pacient, dezvoltând aşa-numitul „transfer negativ" (Freud, 1980, p. 358), îşi afirmă imaginea sa de „bărbat". Refuzând să joace rolul corelativ, terapeutul nu face altceva decât să scoată la lumină imaginea pacienţilor despre ei înşişi sfâşiată de îndoieli şi compusă din culori sumbre, construită în relaţiile primare ale acestora cu persoanele semnificative din jur (mama, tata etc.).

Dacă terapia psihanalitică s-ar opri aici, conflictul identitar astfel creat ar conduce la ruperea relaţiei terapeutice, fără vreun beneficiu pentru pacient.

Meritul lui Freud constă în faptul că, utilizând interpretarea „nevrozei de transfer", pune pacientul faţă în faţă cu el însuşi, imaginea pacientului cu istoria sa, transformând astfel conflictul identitar interpersonal într-un conflict intrapersonal. Prin depăşirea transferului – spune Freud – „silim [pacientul] să se ridice de la (...) reproducere la amintire".

Elaborările cognitive alimentate de interpretările terapeutului conduc pacientul la rezolvarea conflictului intrapersonal „nuclear" (care în concepţia freudiană este complexul Oedip). În acest proces în care pacientul îşi asumă într-o manieră neconflictuală şi dintr-o nouă perspectivă istoria sa, apar o serie de rezistenţe pentru depăşirea cărora terapeutul se dovedeşte un puternic aliat în virtutea relaţiei transferenţiale create : „Când bolnavul este pe punctul de a declanşa lupta firească împotriva rezistenţelor (...), el are nevoie de un impuls puternic, care să facă să încline balanţa în sensul dorit de noi, adică în direcţia însănătoşirii. Fără aceasta, el ar putea să decidă în favoarea repetării deznodământului anterior şi să aplice iarăşi refularea asupra elementelor aduse în conştiinţă. Ceea ce hotărăşte rezultatul acestei lupte nu este perspicacitatea intelectuală a bolnavului – care nu este nici destul de puternică şi nici destul de liberă pentru aceasta –, ci doar atitudinea sa faţă de medic" (Freud, 1980, p. 360).

Subliniind importanţa transferului în terapia analitică precum şi necesitatea demontării, „demascării" acestuia (adică a transformării lui într-un conflict intrapersonal), Freud nu face altceva decât să recunoască faptul că motorul schimbării este conflictul. În absenţa acestuia, succesele obţinute sunt pasagere deoarece nu au la bază elaborări sociocognitive pertinente, profunde : „În succesele obţinute prea rapid trebuie să vedem mai curând obstacole decât condiţii favorabile muncii analitice, iar suprimând, disociind transferul pe care ele se bazează distrugem aceste succese..." (Freud, 1980, p. 365).

În ecuaţia schimbării propusă de psihanaliză şi abordată de noi din perspectiva teoriei conflictului, un rol deosebit îl are inconştientul.

Manipularea acestei noţiuni în cursul interpretărilor menajează imaginea pacientului despre el însuşi. Sesizând acest fapt, I. Vianu nota : „Consecinţa cea mai gravă a pierderii încrederii în doctrina inconştientului este înnămolirea pacientului în propriile sale simţăminte de vinovăţie" (1975, p. 50).

Deşi este de acord cu Freud că mecanismul schimbării terapeutice este unul mai degrabă afectiv decât raţional, C. Rogers consideră că terapia non-directivă trebuie să evite reacţiile transferenţiale ale pacientului.

Conflictul identitar ce ar putea fi trăit de pacient este evitat prin respectarea unor principii ce guvernează relaţia terapeutică de tip non--directiv între care amintim : atitudinea empatică şi comprehensivă a terapeutului şi manifestarea de către acesta în relaţie cu pacientul a unei ***consideraţii pozitive necondiţionate***.

Încrederea în resursele pe care le are fiecare persoană în rezolvarea problemelor sale, abţinerea de a lua decizii în locul clientului, precum şi aprobarea în egală măsură atât a afirmaţiilor pozitive cât şi a celor negative ale acestuia, de către terapeut, plasează conflictul psihologic în cadrul de referinţă al alternativelor afirmate de client sau rezultate din clarificările furnizate de reformulările terapeutului. Acest conflict conduce la elaborări cognitive ce au ca efect transformarea clientului într-o persoană mai congruentă, deschisă la noi experienţe, mai puţin defensivă, mai realistă şi mai eficientă în rezolvarea problemelor.

Terapiile scurte utilizează în general un limbaj prescriptiv care riscă să transforme eventualele divergenţe dintre terapeut şi pacient în reactanţă psihologică. În acest caz, depăşirea rezistenţei (legitime) a pacientului şi iniţierea schimbării terapeutice se poate realiza în mai multe feluri :

- transformarea relaţiei terapeutice într-o relaţie colaborativă şi a terapiei în situaţie de învăţare („se învaţă la orice vârstă") ;
- transmiterea unor prescripţii într-o manieră indirectă ; indirectivitatea are avantajul că provoacă pacientul să acţioneze şi, aliindu-se cu rezistenţa la schimbare a acestuia, mobilizează forţe ce pot fi utilizate, ca într-un „judo psihologic", pentru atingerea scopului terapiei (Malarewicz, 1992). O modalitate frecvent utilizată pentru realizarea unor prescripţii indirecte o constituie folosirea metaforelor sau a poveştilor. Mesajul astfel transmis provoacă o „căutare transderivaţională" care pune în contact universul povestirii cu cel al pacientului, pe care îl conduce la soluţia „unică", de care are nevoie (fiecare pacient simte nevoia să fie tratat ca „unic", „special" !...). Descoperind *singur* soluţia, pacientul îşi alimentează imaginea pozitivă de sine şi încrederea în resursele proprii ;

- utilizarea, între prescripţiile propuse pacientului, a unor prescripţii în raport cu care putem anticipa deja o rezistenţă a acestuia ; această rezistenţă la schimbare astfel planificată va asigura manifestarea reactanţei psihologice, permiţând, la alte niveluri, manifestarea schimbării. „Cu cât terapeutul insistă asupra unui fapt cu totul anodin, cu atât pacientul va rezista el însuşi la această prescripţie, şi cu atât el va avea şansa de a accepta aspectele principale" (Malarewicz, 1992, p. 143) ;
- utilizarea prescripţiilor paradoxale ; aceasta implică faptul că terapeutul încearcă să determine pacientul să facă mai puţin din ceva anume. Acest „ceva", deseori, este soluţia problemei, bine intenţionată dar prost orientată a pacientului. Tennen şi Affleck (1991) descriu modelul conformării – sfidării prescripţiei terapeutice în abordarea de tip paradoxal. Intervenţiile bazate pe conformare sunt eficiente deoarece conformarea la directiva terapeutică întrerupe procesul de menţinere a simptomului. *Prescripţia simptomului* este gândită a fi mai eficientă în obsesii, anxietate şi insomnie, deoarece aceste probleme sunt menţinute prin încercarea de a le elimina. În mod evident, acest tip de prescripţii pot fi utilizate când potenţialul de reactanţă al pacientului este mic.

Când potenţialul de reactanţă este mare, iar comportamentul ce trebuie modificat este perceput de pacient ca aflându-se sub controlul său, atunci strategiile bazate pe sfidarea prescripţiei terapeutice sunt mai eficiente. În acest caz pacientul se schimbă sfidând prescripţia terapeutică ; conflictul identitar provocat de prescripţia terapeutică este utilizat într-o manieră subtilă de către terapeut ca într-un „judo psihologic" : forţele investite în opoziţia faţă de terapeut conduc în cele din urmă la schimbarea pacientului.

Prin urmare, conflictul este felul nostru de a ne gândi existenţa, iar psihoterapia ar putea fi, din această perspectivă, „arta" de a utiliza conflictul pentru schimbarea existenţei individului.

Capitolul III

CONŞTIENT – INCONŞTIENT: UNDE SE AFLĂ RESURSELE SCHIMBĂRII?

1. Placebo – placebopsihoterapie

„Orice act terapeutic implică un conţinut psihologic" (Ionescu, 1985, p. 265) şi tocmai de aceea, indiferent de natura terapiei, relaţia terapeutică poartă amprenta personalităţii terapeutului şi pacientului, a contextului social în care ea evoluează. Matricea socială a acestei relaţii, expectanţele, credinţele, atitudinea şi motivaţia asociată rolurilor de pacient sau terapeut favorizează vehicularea unui anumit conţinut psihologic între aceştia. Rolul de bolnav este asimilat în procesul învăţării sociale şi, ca orice rol, autogenerează expectanţe şi se organizează în virtutea expectanţelor celorlalţi.

Întrucât, în general, efectele placebo corespund cunoştinţelor sau credinţelor oamenilor despre felul sau natura medicamentului pe care cred că l-au primit, relaţia dintre placebo şi expectanţă pare evidentă. Totuşi, literatura de specialitate cuprinde o serie de cercetări care argumentează existenţa unui mecanism clasic de condiţionare în producerea efectelor placebo (Ionescu, 1985 ; Kirsch, 1985 etc.). În această schemă, administrarea anterioară a unui medicament activ (stimul necondiţionat) favorizează apariţia ulterioară a răspunsului în prezenţa substanţei placebo (stimul condiţionat) şi a altor circumstanţe similare situaţiei de condiţionare. Acest model, departe de a fi o alternativă la utilizarea expectanţei ca principiu explicativ, evidenţiază doar unul din mijloacele prin care se formează expectanţele.

Rezultatele obţinute în diverse experimente cu subiecţi umani şi animale (vezi Kirsch, 1985) demonstrează, fără dubiu, că nu toate efectele placebo sunt expresia unei condiţionări. Existenţa unui efect *placebo invers* (obţinut şi pe animale), apariţia unor efecte placebo în absenta unei secvenţe anterioare de condiţionare relevă şi intervenţia altor mecanisme psihologice mai complexe decât cel al condiţionării. Există studii care demonstrează că subiecţii reacţionează la unele substanţe placebo nu în concordanţă cu efectele reale ale substanţei active, ci cu reprezentarea (socială) pe care o au despre aceasta. De pildă, atât subiecţii care au consumat cafea, cât şi cei care au consumat cafea-placebo îşi îmbunătăţesc timpul de reacţie imediat, deşi nivelul maxim al cofeinei în sânge este atins după o oră, fapt ce elimină ipoteza unei condiţionări prin asocierea cu efectul farmacologic al cofeinei (experimentul lui Knowels, 1963, comentat de Kirsch, 1985) ; de asemenea, deşi efectul farmacologic al alcoolului nu justifică creşterea excitării sexuale la stimuli erotici şi nici a comportamentului agresiv, reacţiile subiecţilor la alcool-placebo au fost în această direcţie, conform

reprezentărilor comune privind efectele consumului de alcool (Farcas şi Rosen, 1976; Brown, Goldman, Inn şi Anderson, 1980 etc.). De aceea considerăm îndreptăţită afirmaţia lui Kirsch (1985, p. 1192) conform căreia „deşi răspunsurile placebo mimează în general efectele medicamentelor active, când oamenii au expectanţe de răspuns care sunt contrare efectelor farmacologice ale medicamentului activ, răspunsul lor la placebo este concordant cu expectaţiile lor mai degrabă decât cu efectele farmacologice ale medicamentului".

La fel ca în domeniul chimioterapiei, unde efectul nespecific al medicamentelor a fost studiat utilizându-se efectul placebo, cercetătorii care au urmărit precizarea rolului expectanţei în psihoterapie au fost puşi în situaţia definirii „placebopsihoterapiei". Încercarea de a defini termenul placebo într-o manieră potrivită contextului farmacologic, cât şi psihologic nu a avut succes. Sunt autori care definesc procedurile placebopsihoterapeutice drept ***„proceduri de modificare a expectanţei"*** (Kirsch, 1985, p. 1192). Cercetările efectuate în acest domeniu, utilizându-se schemele convenţionale placebo, au evidenţiat că stimularea expectanţelor pozitive este cheia schimbărilor terapeutice şi că acest fapt este în funcţie de credibilitatea percepută a tehnicilor utilizate. Astfel, valorizarea deosebită a unor tehnici de psihoterapie, precum desensibilizarea sistematică, se datorează comparării efectelor acestora cu efectele unor proceduri inerte de control puţin sau deloc credibile (Shapiro, 1981). Într-un experiment organizat de Kirsch şi Henry (1977) au fost comparate efectele desensibilizării sistematice cu cele ale unor proceduri credibile de modificare a expectanţelor. Una din aceste proceduri a fost în mod special desemnată să excludă ipoteza condiţionării. Cealaltă condiţie, de „desensibilizare operantă", a presupus asocierea vizualizării scenelor anxiogene cu şocuri electrice dureroase, despre care subiecţilor li s-a spus că au rolul de a „pedepsi anxietatea". Ambele proceduri de modificare a expectanţei au fost la fel de eficiente în reducerea anxietăţii de a vorbi în public ca şi desensibilizarea sistematică tipică. Corelaţiile substanţiale dintre evaluările credibilităţii tratamentului înaintea începerii lui şi rezultatele acestuia sugerează că modificarea expectanţei a fost factorul cauzal comun tuturor rezultatelor obţinute prin cele trei proceduri (Kirsch, 1985, p. 1193).

Abordând aceeaşi problemă, Shapiro (1981) susţine ipoteza, asemănătoare, a stimulării expectanţei, considerând că rezultatele diferite ale tratamentelor psihologice pot fi corespunzătoare diferenţelor în credibilitatea bazei lor raţionale. Această idee face ca susţinerea existenţei unor efecte „specifice" şi „nespecifice" ale tehnicilor psihoterapeutice să fie depăşită.

De multe ori pacientul apreciază credibilitatea tehnicii psihoterapeutice utilizând „logica bunului simţ" şi, în acest context, prezentarea argumentată, persuasivă a tehnicii poate contribui la eficienţa sa şi trebuie să fie considerată ca un mecanism al schimbării terapeutice.

2. Expectanţele – elemente centrale ale construcţiei psihoterapeutice

Se spune că lui Picasso i s-a reproşat că portretul „Gertrude Stein" nu seamănă deloc cu modelul, observaţie la care celebrul pictor ar fi răspuns : „Nu-i nimic, va semăna ! ". Răspunsul dovedeşte o bună cunoaştere a psihologiei umane, întrucât realitatea psihologică este o realitate construită, în care aşteptările, credinţele şi convenţiile sociale se constituie într-un cadru de referinţă important. Mai mult, sunt situaţii în care aşteptările şi atitudinile noastre forţează realitatea obiectivă să li se conformeze. Dacă, cu privire la un obiect, putem afirma existenţa unui „lucru în sine" (Kant), a unei „realităţi de ordinul 1" (Watzlawick), o relaţie este doar o construcţie, nu are o existenţă în sine ; ea este ceea ce cred actorii care se relaţionează că este !

Relaţia terapeutică este o relaţie socială deosebit de complexă, întrucât angajează oamenii într-un moment în care îşi pun întrebări fundamentale în legătură cu ei înşişi, cu persoanele semnificative din jur, întrebări cu privire la viaţă şi moarte ; ei vin nu numai cu întrebări, dar şi cu răspunsuri, speranţe, aşteptări, şi toate la un loc alcătuiesc o realitate psihologică cu care terapeutul trebuie să lucreze.

2.1. Expectanţele pacientului

Deseori se uită un adevăr banal : o psihoterapie începe înaintea primei convorbiri cu pacientul. Momentul în care el intră în cabinet este precedat de o serie de episoade (formale sau non-formale) care au ca efect global dezvoltarea unei ipoteze, parte integrantă semnificativă a relaţiei terapeutice. Un caz particular îl constituie situaţia în care pacientul este trimis de un alt profesionist (medic, psihoterapeut, asistent social etc.) ; ipoteza în baza căreia a fost făcută trimiterea – ipoteză de multe ori însuşită de pacient deoarece determină solicitarea psihoterapiei – trebuie şi ea considerată parte integrantă a întâlnirii terapeutice şi examinată cu atenţie.

Rol-statusul de bolnav, ca oricare altul, generează atitudini şi aşteptări. Însă rolul de bolnav psihic (ori cu o etichetă diagnostică în acest sens), de persoană „cu probleme", pune individul să joace o partitură socială ce implică modificări profunde ale imaginii de sine, sentimente de devalorizare, culpabilizare, marginalizare etc. Cei ce au trecut printr-un spital de psihiatrie se simt priviţi cu suspiciune, diagnosticul de „nevroză" este considerat sinonim cu cel de „incapacitate" şi, de exemplu, mulţi bărbaţi impotenţi şi-ar schimba problema cu oricare altă boală sau invaliditate fizică. „O barieră majoră în îmbunătăţirea sănătăţii mentale colective a societăţii este dificultatea de a comunica populaţiei disponibilitatea şi acceptabilitatea socială a tratamentului" (Zimbardo, Leippe, 1991, p. 359). De aceea bolnavul psihic creează în jurul său un anume spaţiu psihologic care-i obligă pe ceilalţi actori sociali (inclusiv terapeutul) să joace roluri corelative nu mai puţin încărcate de dramatism.

Aşteptările, credinţele pacientului ***structurează mesajul transmis terapeutului***. Centrat îndeosebi pe descoperirea unor relaţii cauzale, el va furniza în cursul interviului terapeutic informaţii selective care au – explicit ori implicit – scopul de a obţine „complicitatea" terapeutului la o anume explicaţie. În cazul în care explicaţia perenizează simptomul şi terapeutul nu sesizează capcana – se poate ajunge la ceea ce Freud numea „nevroza în doi" ; dacă explicaţia este orientată spre soluţia problemei, atunci putem spune, împreună cu Walter şi Peller (1992, pp. 28-30), că pacientul vine la terapeut pentru a cere permisiunea să utilizeze soluţia pe care o cunoaşte deja. De aceea suntem de acord cu L. Cancrini care sublinia că „în timp ce demersul medical nu acordă decât o valoare relativă raţionamentului pe care pacientul îl dezvoltă în legătură cu propria boală, informaţiile legate de acest tip de interpretare sunt fundamentale pentru a demara o psihoterapie" (Cancrini, 1993, p. 25).

Sunt situaţii în care credinţele pacientului în legătură cu problema sa se transformă în predicţii ce se autoîmplinesc ; pacientul evoluează astfel pe orbita unui cerc vicios ce-i alimentează continuu problema.

Într-un astfel de caz, Watzlawick relatează o soluţie simplă. Pacienta, o tânără funcţionară, avea grave dificultăţi cu patronul, dar terapeutul a apreciat că ea era cea care le provoca inconştient. El a convins-o să aştepte următoarea confruntare pentru a se adresa patronului în aceşti termeni : „Aş vrea să vă spun... desigur că nu mi-e uşor... că atunci când îmi vorbiţi astfel, puţin îmi pasă ! " şi să părăsească biroul înainte ca el să-i poată răspunde. Se înţelege că această funcţionară nu a avut niciodată ocazia să pună în aplicare consemnul, deoarece patronul „s-a schimbat" şi a devenit politicos şi agreabil (Godin, 1992, p. 32).

De cele mai multe ori, rolul de bolnav psihic sau cel de „persoană cu probleme" (psihice, de adaptare etc.), asimilat primului, îndeamnă la conformism exagerat în relaţia terapeutică, poate şi pentru că pacienţii îşi joacă rolul în baza unor prescripţii ale rolului de bolnav somatic, unde conformismul este frecvent recomandat şi încurajat de medici. De aceea transformarea relaţiei psihoterapeutice într-o relaţie de tip colaborativ nu este o întreprindere uşoară, ea putând activa o serie de rezistenţe, întrucât contravine aşteptărilor de rol.

Expectanţele pacientului ocupă un loc central în definirea transferului, element fundamental al oricărei psihoterapii. „Nu numai că pacienţii, clienţii vor trăi sentimente faţă de terapeuţii lor, sentimente ce nu sunt determinate sau obţinute de terapeuţi ; ei vor avea şi expectaţii esenţialmente inadecvate (bazate pe transfer) cu privire la sentimentele şi comportamentele terapeutului faţă de ei şi ale lor faţă de acest terapeut. Clienţii vor avea tendinţa de a distorsiona terapeuţii lor astfel încât să-i facă să corespundă acestor expectaţii şi îşi vor modifica inclusiv comportamentele şi sentimentele lor conform acestor expectaţii" (Gelso şi Carter, 1994, p. 297). Sunt autori care vorbesc de transferuri pre-formate înaintea terapiei. Acestea sunt sentimente şi atitudini de sorginte transferenţială ce au la bază seturi expectaţionale dezvoltate în raport cu terapeutul ideal sau imaginat.

Intrarea în rolul de bolnav psihic este mediată de eticheta diagnostică. Dincolo de problemele teoretice, asupra cărora nu insistăm, o observaţie simplă este importantă în materie de psihoterapie : elementele importante pentru stabilirea diagnosticului apar firesc în cadrul convorbirii iniţiale axate, de la început, asupra finalităţilor de ordin terapeutic, şi de aceea nu este nevoie de o fază formală dedicată evaluării diagnostice. O astfel de etapă cu scop strict diagnostic „se traduce, mai ales pentru pacienţii mai gravi, într-o ***procedură de invalidare*** (s.a.) care poate, ulterior, să ne facă munca foarte dificilă" (Cancrini, 1993, p. 44). Demersul diagnostic poate invalida aşteptările pacientului, etichetele diagnostice anterioare, reprezentările despre problemele sale, activând astfel rezistenţe. În plus, procedurile de diagnostic utilizate în psihiatrie şi psihoterapie pot crea distanţe şi niveluri ierarhice între terapeut şi pacient, primul ***sănătos***, al doilea cu ***nevroză***.

Etichetele diagnostice reduc – în multe cazuri – pacientul la o sumă de simptome, depersonalizându-l ; el nu mai este domnul (doamna) X, ci „nevroza" de la patul Y. Noi toţi utilizăm obiectele ce ne înconjoară conform etichetelor lor, la fel şi personalul medical cu „obiectele" ce le are în grijă ; iar pacientul se va comporta conform aşteptărilor induse

de eticheta nosologică ce-i este aplicată. În acest sens trebuie înţeleasă afirmaţia lui Godin : „...a pune etichete pentru a clasifica pacienţii poate pereniza tulburările" (Godin, 1992, p. 38). „Cel care acceptă ipoteza icebergului şi-şi stabileşte scopul în consecinţă va provoca probabil un efect Rosenthal", spune Watzlawick (Watzlavick *et al.*, 1975, p. 134). Cu alte cuvinte, terapeutul ce pune o etichetă diagnostică în baza unor simptome va avea tendinţa ca în relaţiile cu pacientul să inducă acestuia toate comportamentele asociate etichetei diagnostice ; credinţele diagnostice ale terapeutului se transformă în „predicţii ce se autoîmplinesc" (Rosenthal).

Eticheta diagnostică oferă o imagine statică asupra problemelor pacientului, afectează imaginea de sine a acestuia şi blochează valorificarea resurselor existente. Un bolnav „depresiv" ***nu este totdeauna*** depresiv, are momente când comportamentul său este normal, adecvat situaţiei, sau când depresia sa este pe deplin justificată de evenimentele trăite. Or, eticheta diagnostică împiedică şi pe pacient şi pe terapeut să sesizeze acest fapt şi prescrie ambilor roluri ce perpetuează simptomul. Echipa terapeutică de la Milano (Palazzoli, Cecchin, Boscolo şi Prata), sesizând acest aspect, propune înlocuirea afirmaţiei ***„este depresiv"*** cu expresia ***„se comportă ca un depresiv"***. Înlocuirea lui „a fi" cu verbe precum „arată", „pare", „devine" şi „se comportă ca şi cum" promovează credinţa (speranţa) că aceste comportamente sunt temporare şi supuse schimbării (Walter şi Peller, 1992, p. 17).

În acest context, credem, trebuie apreciată şi schimbarea în ghidul de diagnostic psihiatric – D.S.M. IV – termenului de nevroză cu cel de tulburare. Acest ultim termen micşorează asimetria relaţiei dintre pacient şi psihoterapeut promovată de eticheta diagnostică de nevroză, făcând din persoana cu „tulburări" (probleme) o persoană ca oricare alta. Cine nu are sau nu a avut probleme !

2.2. Expectanţele terapeutului

„M. Erickson aborda fiecare pacient cu expectaţia că schimbarea este nu numai posibilă, ci şi ***inevitabilă***" (Haley, 1967, p. 535). Şi este explicabilă această atitudine din moment ce observatorul influenţează ***inevitabil*** subiectul observat.

Teoria stărilor de expectaţie (Berger *et al.*, 1974), conceptul autoîmplinirii profeţiei (Rosenthal) vizează atât felul în care situaţiile interacţionale menţin anumite structuri, dar şi cum expectaţia iniţiază schimbarea comportamentelor. Teoria lui Berger, ca şi conceptul lansat de Rosenthal, se aplică

în situaţii în care interacţionează mai multe persoane ce sunt colectiv orientate spre scopuri comune. Relaţia terapeutică îndeplineşte aceste condiţii. Terapeutul şi clientul sunt angajaţi într-o sarcină pe care o pot îndeplini, cu succes sau nu, şi doar un scop specific poate fi utilizat pentru evaluarea succesului sau insuccesului. Dar a avea un scop, respectiv scopuri comune înseamnă *a aştepta* anumite rezultate utile în baza eforturilor depuse. Pentru că efortul terapeutic este comun, fiecare individ trebuie să ia în considerare şi opiniile celuilalt în rezolvarea problemei sau în îndeplinirea sarcinii. În acest context, pare rezonabil să admitem că atunci când pacienţii vin la terapeut, expectaţiile lor includ şi ideea că lucrurile ar putea merge şi din rău în mai rău, din moment ce au încercat şi soluţii ineficiente. Fiecare soluţie ineficientă dezvoltă expectaţii ale continuării insuccesului. Orice terapeut trebuie să ştie că dacă în viaţa de toate zilele repetiţia, perseverenţa într-o anumită direcţie este de multe ori cheia succesului, în psihoterapie repetiţia unor demersuri ce nu au condus la succes micşorează dramatic şansa succesului. Ele se transformă în ceea ce, în mod obişnuit, se numesc „soluţii ce menţin problema" (concept ce va fi abordat în paginile ce urmează). Schimbarea în structura acestor expectaţii se va produce când condiţiile sau/şi comportamentul pacientului se vor schimba în vreun fel. De aceea sarcina principală a terapeutului, în primele şedinţe, este aceea de a provoca îndoieli cu privire la soluţiile practicate anterior şi de a produce schimbări comportamentale mici („Schimbarea mică conduce la schimbări mai mari" - Walter şi Peller, 1992, p. 18). Pentru că soluţiile terapeutice nu sunt predictibile în detaliu şi pentru că viitorul are un anume grad de nedeterminare ce permite mai multe feluri de a trăi fără simptom (problemă), noul set de expectaţii pozitive poate fi construit pe orice schimbare satisfăcătoare sau benefică. Orice schimbare poate deveni parte a construcţiei noului set de expectaţii, care vor fi parte a soluţiei în curs de a fi creată.

A spune că formaţia teoretică a unui specialist se transformă într-o adevărată grilă de lectură a realităţii, că-i fundamentează intervenţia asupra acestei realităţi şi că-l îndreptăţeşte să aştepte anumite rezultate consecutive ei este un lucru de la sine înţeles. Dacă o facem totuşi este pentru că psihoterapia are o situaţie oarecum particulară : o serie de şcoli terapeutice au la bază teorii psihologice foarte diverse, uneori contradictorii ; în ciuda acestui fapt ele conduc terapeuţii în situaţia de a obţine rezultate comparabile cu pacienţi având probleme similare ! Explicaţia logică a acestei situaţii ar fi că, dincolo de fundamentarea teoretică diferită, toate demersurile terapeutice eficiente au anumite elemente comune. Abordând această

problemă într-o manieră sistematică, D.E. Orlinsky descoperă că unul din cei mai importanţi factori, constant corelaţi cu efectele terapeutice pozitive, este gradul de activism al terapeutului: „...cu cât un psihoterapeut face mai mult şi mai bine ceea ce face pare să constituie un parametru mai important decât ceea ce este el sau decât tehnica utilizată" (Orlinsky, 1992, p. 15). Această concluzie ne îndreptăţeşte să afirmăm că expectanţele, credinţele terapeutului în eficienţa sistemului terapeutic utilizat, dublate de perseverenţa aplicării lui, se transformă în predicţii ce se autoîmplinesc. Ca şi în alte relaţii sociale, în relaţia terapeutică convingerile „se aprind" din convingeri!

Pentru scopul expunerii noastre considerăm utilă clasificarea psihoterapeuţilor (psihoterapiilor) prezentată metaforic, anecdotic, de către J.A. Malarewicz în prefaţa lucrării *Quatorze leçons de thérapie stratégique* (1992):

„Jeffrey Zeig, preşedintele Fundaţiei Milton H. Erickson, mi-a dat o definiţie a terapeutului strategic... El îmi explică faptul că există două tipuri de cowboy: primul tip şi al doilea tip. Primul tip de cowboy năvăleşte în saloon, îşi întinde braţul înarmat cu un pistol şi trage. Al doilea tip de cowboy năvăleşte în saloon, îşi întinde braţul înarmat cu un pistol şi trage. Dar atunci, care este diferenţa între cei doi cowboy? Primul cowboy, asimilabil unui ***terapeut «normal»***, ocheşte înainte de a trage; al doilea, adoptând demersul ***terapeutului strategic***, ocheşte după ce a tras" (p. 11; s.n.).

Orice demers terapeutic conţine două faze importante, corespunzătoare celor două acţiuni: a ochi şi a trage; prima are un caracter reflexiv şi vizează înţelegerea situaţiei pacientului, a doua încearcă să modifice această situaţie. Caricaturizând puţin, am putea spune că terapeutul strategic acţionează înainte de a reflecta şi că cel mai ineficient dintre terapeuţi este cel care reflectează („ocheşte") prea mult.

Raportând această metaforă la spectrul larg al şcolilor terapeutice, credem că psihanaliza şi teoriile de inspiraţie dinamică au un puternic caracter reflexiv-interpretativ, sunt centrate pe istoria pacientului (problemei), în timp ce terapiile strategice, sistemice, paradoxale sunt centrate pe prezent şi viitor şi au un caracter dominant prescriptiv. Adepţii primei orientări *se aşteaptă* ca *insight*-ul, clarificarea, să conducă la rezolvarea problemei, în timp ce ceilalţi consideră că important este să provocăm mai întâi o schimbare, chiar mică, capabilă să genereze expectanţe pozitive care să iniţieze ciclul schimbărilor terapeutice profunde, în direcţia soluţiei stabilite într-o manieră colaborativă. Nu discutăm aici limitele şi avantajele

fiecărei orientări. Subliniem doar că interpretările pot activa rezistenţe (în cazul în care nu vin în întâmpinarea aşteptărilor pacientului), iar *insight*-ul nu conduce totdeauna la schimbarea aşteptată de terapeut ; în acelaşi timp, centrarea pe prezent şi viitor asigură o mai mare libertate în construcţia soluţiei, iar stimularea şi utilizarea expectanţelor pozitive ale pacientului fac din relaţia terapeutică o relaţie eficientă de tip colaborativ.

Un model terapeutic ce stimulează şi utilizează expectanţele pozitive ale pacientului în procesul construirii soluţiei este cel propus de Walter şi Peller (1992) şi intitulat *„Abordare terapeutică centrată pe soluţii"*. Dintre cele 12 teze principale ale acestui model le menţionăm doar pe primele, aflate într-o legătură directă cu subiectul în discuţie :

a) Centrarea asupra aspectelor pozitive, asupra soluţiei şi asupra viitorului facilitează schimbarea în direcţia dorită. De aceea, focalizarea asupra soluţiei convinge mai degrabă decât focalizarea asupra problemei.
b) Excepţiile de la fiecare problemă pot fi create de către terapeut şi client şi pot fi utilizate pentru a construi soluţiile (Walter şi Peller, *op.cit.*, p. 34)

În acest model identificarea excepţiilor de la problemă şi a modalităţilor de producere şi menţinere a lor sunt principalele sarcini terapeutice. Ele au ca scop crearea unor expectanţe pozitive, care prin caracterul lor auto-confirmativ antrenează schimbarea terapeutică în direcţia dorită.

Dacă subscriem la ideea că realitatea psihologică este una construită şi că în domeniul psihologiei, în general, criteriul realităţii îl constituie certitudinea subiectivă, atunci în evaluarea psihoterapiei etichetele de „adevăr" şi „fals" trebuie înlocuite cu „util" şi „inutil" ; ***nu există psihoterapii „adevărate" sau „false", ci utile sau nu***. Din această perspectivă, caracterul colaborativ al relaţiei terapeutice apare ca necesar, altfel încercarea terapeutului de a construi o soluţie la problema pacientului, fără a ţine seama de aşteptările acestuia, ne aduce în minte vechiul proverb conform căruia „iadul este pavat numai cu intenţii bune". Terapeutul „expert", singurul posesor al „adevărului" ştiinţific în domeniul problemelor celorlalţi, devine uşor prizonierul imaginii proprii despre soluţie, incapabil să observe ce aşteaptă celălalt de la el. Această idee este plastic exprimată de titlul unei conferinţe ţinută de P. Watzlawick la Congresul internaţional „Evoluţia psihoterapiei" (Hamburg, 1994) : „*Insight*-ul determină orbire : când soluţia devine problemă".

Activitatea terapeuţilor constă în a formula ipoteze mai degrabă decât în a căuta un pretins adevăr. „Ei trebuie – spune L. Cancrini – să înveţe să

caute confirmarea ipotezelor lor de către realitatea ce li s-a încredinţat, şi nu să se închidă în turnul de fildeş al consensului şi securizării personale sau al şcolii (terapeutice – n.n.)" (L. Cancrini, 1992, p. 96).

2.3. Rolul expectanţelor în prescripţiile paradoxale

În construcţia soluţiilor terapeutice ne aflăm în faţa unui paradox : pe de o parte, ele trebuie să intre într-un anume acord cu aşteptările pacientului, pentru a fi recunoscute ca atare şi a fi transpuse în practică, pe de altă parte, soluţiile uşor previzibile nu conduc la schimbări terapeutice deoarece – fiind uşor previzibile – aproape sigur au mai fost încercate. Cu privire la acest ultim aspect M.S. Palazzoli declară : „Oamenii sunt mai influenţaţi când aşteaptă un anume mesaj şi primesc în schimb un mesaj la un nivel total diferit... orice este predictibil este ineficient terapeutic" (Cade, 1985, p. 29).

Nu ne propunem să realizăm acum o analiză teoretică a intervenţiilor paradoxale. Subliniem doar că intervenţiile paradoxale pot fi considerate ca o clasă de poziţii sau abordări nepredictibile, care pot fi adoptate de un terapeut sau o echipă terapeutică în care, date fiind aşteptările clientului sau familiei, este propusă o modalitate inversată de abordare a simptomului sau a proceselor asociate" (Cade, 1985, p. 45).

Paradoxul terapeutic exprimă întâlnirea neaşteptată a două sau a mai multor niveluri logice (discursuri) ; el propune de cele mai multe ori o resemnificare a situaţiei, un alt cadru de referinţă pentru simptom ; are o dimensiune provocatoare întrucât vehiculează obligativitatea schimbării (J.A. Malarewicz, 1992).

Abordând schimbarea terapeutică din perspectiva celor patru niveluri ale învăţării propuse de Bateson, Watzlawick consideră că, în timp ce schimbarea terapeutică de ordinul I pare să se bazeze totdeauna pe bunul simţ, pe o reţetă de genul „fă mai mult din ceea ce ai făcut", schimbarea de ordinul II pare bizară, neaşteptată, contrară bunului simţ ; există un element paradoxal în procesul schimbării (Watzlawick *et al.*, 1975, p. 103).

Paradoxul, în toate ipostazele sale, antrenează schimbarea prin dezechilibrul cognitiv, afectiv, ce rezultă din conflictul indus între aşteptările clientului şi prescripţia terapeutică. Întâlnim astfel „paradoxul ca sursă de confuzie" (Haley), paradoxul ca modalitate de „depotenţializare" a atitudinilor conştiente (M. Erickson), paradoxul ca rol inversat (Malarewicz) ; paradoxul este implicat şi în joc, umor, creativitate, care sunt elemente ale multor demersuri terapeutice. În alte demersuri terapeutice paradoxale,

terapeutul se aşteaptă ca pacientul să acţioneze invers, contrar prescripţiei terapeutice (Tennen *et al.*, 1985, p. 191).

Vom analiza, din perspectiva temei noastre, două concepte fundamentale ale terapiilor paradoxale : „prescripţia simptomului" şi „soluţiile ce menţin problema".

Prescripţia simptomului intră în disonanţă cu expectanţele pacientului care, în virtutea experienţei personale sau a grupului social de apartenenţă, consideră că orice prescripţie terapeutică trebuie să înlăture simptomul – considerat „rău" –, nu să recomande menţinerea lui. Aplicând teoria disonanţei cognitive (Festinger) la acest gen de prescripţie terapeutică, Kerker şi Smith, Bogdan (*cf.* Snyder şi Forsyth, 1991) consideră că pacientul poate să-şi schimbe comportamentul asociat simptomului pentru a reduce disonanţa (de exemplu, fobicul poate opri evitarea situaţiilor anxiogene). Când disonanţa este crescută, reetichetarea simptomului poate să o reducă întrucât antrenează încetarea tentativelor de eliminare a lui. Astfel, unei paciente depresive – obsedată de ideea morţii, provocată de decesul unor prieteni apropiaţi într-un accident – i-am prescris abandonarea oricărei încercări de a combate depresia, găsindu-i acestui simptom o conotaţie pozitivă : „Pentru oricare din noi vine, mai degrabă sau mai târziu, momentul în care medităm la unele probleme fundamentale ale existenţei noastre, între care problema morţii. Pentru dumneavoastră acest moment a venit acum. Depresia este felul dumneavoastră de a medita la această problemă, ea vă pune într-un contact mai intim cu dumneavoastră ; în momentul în care veţi găsi răspuns la problemele ce vă frământă, depresia va dispărea singură ! ". Sau : „Depresia nu este totdeauna ceva rău. Ea este trăirea dramatică a propriilor limite, dar şi conştientizarea resurselor ; dacă, în urma unui eşec, cineva nu este depresiv înseamnă că nu a învăţat nimic din el şi, data viitoare, într-o situaţie asemănătoare, îl va reproduce ! ".

Acest tip de prescripţii îşi au însă originea într-o ipoteză situată în afara domeniului teoriei disonanţei. Mai precis, se consideră că încercările oamenilor de a-şi rezolva problemele pot, de fapt, să creeze probleme mai mari. Această idee poate fi observată şi în exemplele de mai sus : problema fobicului nu este teama, ci încercarea de a rezolva această problemă prin evitarea anumitor situaţii ; la fel, problema pacientei depresive nu este tristeţea în sine, ci încercările nereuşite de a scăpa de ea.

Am ajuns astfel la celălalt concept pe care ne propunem să-l analizăm : *„soluţiile ce menţin problema"* (acest concept justifică utilizarea prescrierii simptomului ca modalitate terapeutică). Soluţiile ce menţin problema sunt comportamente bine intenţionate care sunt destinate să înlăture o dificultate,

dar de fapt schimbă această dificultate într-o problemă. Tennen *et al.* (1985, p. 193) descriu trei categorii de expectaţii care par a fi legate în mod repetat de menţinerea problemei : expectaţia dominării şi controlului, expectaţiile utopice şi expectaţiile consecutive etichetării comportamentului ca simptom sau obrăznicie („*mad or bad*”). Când aceste expectaţii orientează comportamentul într-o manieră univocă, rigidă, ele conduc la trei feluri de comportamente ce menţin problema : 1) se acţionează când nu este nevoie să se acţioneze, 2) nu se acţionează în situaţii în care este necesar să se facă ceva, şi 3) se acţionează greşit.

Expectaţia controlului poate fi cea mai importantă premisă a menţinerii problemei. Expectaţia problematică se manifestă atunci când oamenii se cred stăpânii soartei lor şi, prin urmare, trebuie să-şi asume responsabilitatea tuturor comportamentelor lor. Simptomele menţinute prin expectaţia controlului includ acele probleme în care o persoană încearcă să producă un rezultat care prin natura sa nu necesită această încercare. Acţiunea este astfel asumată în situaţii în care responsabilitatea autorului nu este implicată. Tennen *et al.* (1985, p. 193) oferă exemplul bărbatului care avea dificultăţi în menţinerea erecţiei. Această dificultate devine o problemă când pacientul încearcă să creeze o erecţie voluntară : „Premisa de menţinere a problemei este, desigur, credinţa că există o corelaţie între efortul investit şi intensitatea erecţiei. Cu cât încearcă mai mult, eşecul este mai mare, fapt interpretat ca un efort insuficient, şi aşa mai departe” (p. 193).

Al doilea set de premise, deseori implicate în menţinerea problemei, ar putea fi numit ***premise utopice*** (Watzlawick – *cf.* Tennen, 1985, p. 194) şi ia de obicei forma expectaţiilor utopice şi aserţiunilor utopice. Expectaţiile utopice se bazează pe ideea că „toate evenimentele vieţii trebuie să fie perfecte, plăcute şi întocmai cum le dorim noi ; nimic mai puţin nu este acceptabil”. Un mare număr de adolescenţi care vin la psihoterapie au expectaţii utopice.

Pe de altă parte, aserţiunile utopice implică faptul că totul este perfect, în regulă, în condiţiile în care ceilalţi consideră că trebuie totuşi făcut ceva. Se dă, astfel, exemplul tatălui unui delincvent care, deşi fusese ridicat de poliţie, vorbea despre fapta copilului său ca despre o modalitate originală de a-şi lua rămas bun de la colegii săi (Tennen, 1985, p. 194). În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să redefinească situaţia pentru a face evidentă necesitatea unei acţiuni.

A treia grupă de expectaţii ce menţin problema provine din ***etichetele de „boală” sau „obrăznicie”*** aplicate unor comportamente ; ele devin

„predicţii ce se autoîmplinesc", menţinând şi agravând problema. Shazer (1985, pp. 23-27) analizează, din această perspectivă, comportamentul enuretic al copilului. Dacă este etichetat drept comportament normal, copilul va continua să ude patul, dacă este considerat boală, atunci se va apela la un specialist, dacă este considerat obrăznicie, atunci copilul va fi pedepsit. După cum spunea Moscovici, reprezentarea socială vehiculează în acelaşi timp şi problema, şi soluţia! Cum, de cele mai multe ori, udarea patului de către copil este considerată semn de neascultare a părinţilor, el va fi pedepsit. Dacă problema continuă şi după pedeapsă, copilul va fi mai puternic pedepsit şi aşa mai departe. Sunt situaţii în care „vinovatul" este căutat şi printre părinţi. Este evident că această etichetă nu numai că nu conduce la rezolvarea problemei, ci duce la agravarea ei. Problemele sunt menţinute de „ideea clienţilor că ceea ce au hotărât să facă în legătură cu dificultatea iniţială a fost singurul lucru corect şi logic ce trebuia făcut. De aceea clienţii se comportă ca şi cum ar fi prinşi în capcana ideii că nu au făcut suficient din ceea ce trebuia făcut" (Shazer, 1985, p. 25).

Expectanţele alcătuiesc infrastructura cognitivă a oricărei activităţi. Indiferent care din cei doi actori sociali ai relaţiei terapeutice este emiţătorul expectanţelor, ele influenţează în egală măsură comportamentul propriu şi al celuilalt. Cunoaşterea şi influenţarea lor constituie – credem – cheia schimbării terapeutice. Abordările terapeutice construite în jurul acestui concept fac din relaţia terapeutică o relaţie de tip colaborativ şi consideră că soluţia problemelor trebuie căutată în prezent sau în viitor, nu în trecut.

3. Tripla alianţă: terapeut, pacient, inconştient

„A vorbi despre inconştient în afara unei relaţii interumane care să-l revele înseamnă a discuta, după exemplul metafizicianului, despre necunoscut în detalii", spune I. Vianu (1975, p. 49). Inconştientul – indiferent ce rol i se atribuie – este, în majoritatea sistemelor şi teoriilor psihoterapeutice, o componentă esenţială a câmpului psihoterapeutic; negat sau afirmat, condamnat sau valorizat, interogat, ascultat sau dominat, inconştientul este, pe drumul anevoios al schimbării terapeutice, un aliat preţios în egală măsură pentru terapeut şi pacient. Chiar dacă nu ar exista, el ar trebui inventat, şi nu putem să nu recunoaştem meritul lui S. Freud de a fi avut geniala intuiţie de a face din inconştient unul din cele mai importante elemente ale ecuaţiei psihoterapeutice.

Ne întrebăm dacă ceea ce este inconştient în noi poate fi în mod legitim asimilat unei entităţi dotate cu un nume, dacă ne aflăm în faţa unei realităţi sau a unei metafore! (Godin, 1992, p. 144). Înclinăm să considerăm inconştientul drept o metaforă pentru realitatea psihologică interpersonală aflată într-o continuă construcţie şi evoluţie şi care îşi găseşte rădăcinile, în egală măsură, în credinţele, experienţele şi filosofiile pacientului şi terapeutului. Situat în spaţiul „non-conştientului", complementar conştiinţei (cu o structură logico-verbală, coerentă şi reflexivă), inconştientul, prin gradul său mare de nedeterminare, asigură o mai mare libertate în realizarea unei construcţii, a unei realităţi psihologice flexibile, împărtăşite de pacient şi terapeut şi care poate fi pusă în slujba scopurilor terapeutice *conştient* stabilite.

Ca realitate psihologică interpersonală, inconştientul „pacientului" devine o ecuaţie cu mai multe soluţii, soluţii ce prind contur şi devin operaţionale doar în cadrul creat de relaţia terapeutică.

Tabelul care urmează furnizează o perspectivă istorică asupra concepţiilor diverselor şcoli de psihoterapie privind inconştientul (J. Mills, R. Crowley, 1986, pp. 122-123). După cum se observă, conceptul de *inconştient* (sau de *procese inconştiente*) joacă un rol important în majoritatea şcolilor, fie că acest rol este unul ofensiv (adică există un inconştient şi este foarte important cum lucrăm cu el), fie că este defensiv (nu există fapte şi procese inconştiente, sau dacă există sunt fără importanţă). În cadrul celor trei importante şcoli pentru care inconştientul este un concept central, putem observa o valorizare diferită a acestuia: pentru Freud inconştientul este în primul rând negativ, pentru Jung, el este pozitiv (deşi conţine atât elemente pozitive, cât şi negative), iar pentru Erickson inconştientul este esenţialmente pozitiv. Teoriile psihopatologice promovate de aceste şcoli consideră tulburările psihice ca rezultând din funcţionarea negativă a unei părţi a psihicului: Freud vorbea de un sine primitiv şi neschimbat, Jung – despre unele conţinuturi psihice neintegrate („*shadow*"), iar Erickson afirma existenţa unor limitări învăţate ale spiritului conştient.

Vom prezenta în continuare câteva consideraţii rezumative asupra inconştientului la Freud şi Erickson, care propun imagini oarecum opuse asupra acestuia: Freud consideră că inconştientul este sursa tulburărilor psihice, în timp ce Erickson afirmă contrariul – inconştientul este depozitarul marilor resurse ale persoanei (tabelul 3).

Tabelul 3 – *Perspectivă istorică : inconştientul în psihologie* (J. Mills, R. Crowley, 1986)

Şcoala	Concepte-cheie Inconştient	Alte concepte	Natura conceptului-cheie	Funcţia conceptului-cheie	Mijloacele schimbării terapeutice
analitică freudiană	central		– înnăscut ; biologic ; primitiv ; animalic ; centrat pe supravieţuire ; incestuos ; criminal, egoist – intrinsec – negativ	*Inconştientul ca* : – sursă a energiei organismice (libido) – receptacol pentru impulsuri reprimate – generator de răspunsuri simptomatice	– Aducerea în câmpul conştiinţei a conţinuturilor inconştiente pentru a modifica şi socializa forţele amorale ale „Id"-ului – Orientarea Ego-ului
jungiană	central		– înnăscut ; psihologic, colectiv ; transpersonal ; transcendent ; arhetipal – intrinsec – pozitiv	*Inconştientul ca* : – directiv principal al Psiché-ului – receptacol al amintirilor şi experienţelor personale – receptacol al structurilor imagistice colective – „arhetipuri"	– Procesul individuării prin care conţinuturile inconştiente sunt făcute conştiente în vederea unificării „Self"-ului – personalitatea totală – Orientare transpersonală
behaviorism	negat	comportament	„Prima facie" (independent de biologic şi neurofiziologic) ; psihologic (răspuns condiţionat) ; măsurabil în mod obiectiv ; determinat în principal de factorii de mediu	*Comportamentul ca* : – element primar al experienţei personale – sursă a predicţiei şi controlului activităţii umane – cel mai important indicator al întăririlor mediului	– Învăţarea de noi răspunsuri emoţionale şi comportamentale (recondiţionare) în vederea unei mai adecvate sau dorite funcţionări – Orientarea Ego-ului
umanistă	neutru	autoactualizare	– înnăscut ; experienţial, holistic/unitar	*Auto-actualizarea ca* : – principiu motivaţional al vieţii umane – calea primară a integrării personalităţii (spirit/corp) – sursa primară a sensului şi dezvoltării personale	– Înlăturarea blocajelor mentale, emoţionale şi fizice, astfel încât potenţialul persoanei să se poată manifesta ; facilitarea şi accentuarea resurselor intrinseci – Orientarea spre personalitatea totală

Şcoala	Concepte-cheie Inconştient	Alte concepte	Natura conceptului-cheie	Funcţia conceptului-cheie	Mijloacele schimbării terapeutice
cognitivă	neutru sau negat	cognitiv	– neurologic ; învăţat ; alterabil ; – intrinsec – neutru	*Cogniţia ca* : – mediator primar al sistemelor de credinţe care sunt determinanţii primari ai experienţei	– Examinarea credinţelor existente ; modificarea sau înlăturarea credinţelor generatoare ale problemei sau simptomului – Orientarea Ego-ului
ericksonian	central		– înnăscut ; învăţat ; experienţial ; autonom – intrinsec – pozitiv	*Inconştientul ca* : – depozitar al tuturor experienţelor, amintirilor şi învăţărilor – sursa primară a celor mai mari resurse – sursa primară a rezolvării problemei/simptomului	– Activarea indirectă a potenţialului şi resurselor inconştiente pentru rezolvarea problemei/simptomului şi îmbunătăţirea funcţionării – orientarea spre personalitatea totală

3.1. Inconştientul în psihanaliza freudiană

A prezenta în câteva pagini concepţia lui Freud despre inconştient presupune, din capul locului, asumarea riscului pe care îl presupune orice decupaj : un demers reducţionist ce se poate finaliza cu o „hartă" care ar putea fi utilă doar celor care, cunoscând complexitatea „teritoriului", acceptă convenţia simplificărilor care evită capcana de a nu vedea pădurea din cauza copacilor.

De aceea nu vom vorbi aici despre teoriile freudiene privind structura personalităţii şi evoluţia ei, nu vom analiza mecanismele de apărare psihică şi nici nu vom intra în detaliile terapiei psihanalitice. Vom schiţa doar principalele caracteristici ale inconştientului şi relaţia dintre conţinuturile psihice inconştiente şi comportamentul manifest. De altfel, ideea că omul este condus de forţe interioare inconştiente care scapă controlului său face parte din cele trei mari descoperiri care, în opinia lui S. Freud, au zdruncinat puternic imaginea omului despre el însuşi[3].

3. Celelalte două descoperiri ce fac parte din această triadă sunt : descoperirea că Pământul nu este centrul Universului şi cea care afirmă că omul descinde din animale (*cf.* C. Madanes, 1991, p. 203).

Înainte de Freud, inconştientul era considerat ca un element static, lipsit de orice energie. Se afirma că el cuprinde o serie de amintiri reziduale care şi-au pierdut orice valoare şi putere în raport cu individul. Analiza inconştientului nu ar duce decât la descoperirea unui conglomerat inform de depozite mnezice inutilizabile şi fără vreo influenţă asupra vieţii psihice a individului.

Teoria freudiană a operat o adevărată inversare a valorilor : inconştientului i s-a rezervat un rol de prim-plan în existenţa omului. În inconştient trebuie căutate motivaţiile profunde ale comportamentelor umane, mai mult decât în conştient. Inconştientul este, prin urmare, sediul forţelor dinamice care dirijează direct sau indirect comportamentele. Aceste forţe inconştiente încearcă să se exprime şi să se manifeste în plan conştient. Ideile care reprezintă aceste forţe nu sunt voluntar evocabile şi nu sunt accesibile introspecţiei.

Diferenţiind inconştientul de conştient şi preconştient, Freud atribuie primului următoarele caracteristici :

- inconştientul nu conţine decât forţe în întregime iraţionale, deci care nu ascultă de nici un control conştient şi scapă oricărei logici interne sau externe ; ele există prin ele însele independent de factorii externi, de mediu ;
- forţele inconştiente formează un ansamblu nediferenţiat, cel puţin în starea lor primară. Putem să ni le reprezentăm ca pe un fel de potenţial, de energie care nu este investită în nici un scop anume ; ele oferă deci o mare mobilitate şi posibilităţi infinite de diferenţiere ulterioară, care pot conduce la modalităţi comportamentale foarte diferite ;
- caracteristica principală a oricărui proces inconştient este aceea că se conduce după *principiul plăcerii* (plăcerea înţeleasă într-un sens foarte general, adică orientarea forţelor inconştiente spre satisfacerea tendinţelor şi nevoilor pe care le reprezintă). La nivel inconştient nu există nici o problemă de moralitate, iar noţiunile de datorie şi supunere faţă de cerinţe exterioare sunt inoperante ;
- diferitele forţe ale inconştientului nu au nici o relaţie directă între ele şi există independent unele de altele. Fiecare îşi urmează scopul fără a ţine cont de celelalte. Dar aceste forţe nu acţionează totuşi într-o manieră competitivă sau contradictorie ; forţele nu intră într-o luptă unele contra altora, chiar dacă scopul lor final este opus. Când apare această posibilitate, fie energia se combină în funcţie de principiul plăcerii, fie se realizează un compromis care tinde să satisfacă cât mai bine posibil cele două scopuri opuse, utilizând energii rivale.

După ce am precizat conţinutul inconştientului, care, în câteva cuvinte, ar putea fi desemnat prin energie orientată spre obţinerea plăcerii, dar neînvestită încă în vreun scop anume, ne putem întreba care este traseul psihologic pe care îl parcurge această energie instinctuală până la comportamentul exterior direct observabil ! Răspunsul îl putem afla urmărind schema următoare, care porneşte de la elementele primare ale inconştientului şi se sfârşeşte cu actul exterior, observabil :

- la bază se găsesc *instinctele* şi *pulsiunile* care traduc scopul veritabil şi fundamental al vieţii organice sub formă de *nevoi*. Menţionăm, cu această ocazie, diferenţa esenţială care există între concepţia clasică a instinctului şi concepţia dinamică. Pentru prima, instinctul este orb, specific şi conduce la stereotipii comportamentale. În cazul concepţiei dinamice avem de-a face cu o forţă, o potenţialitate generală, puţin diferenţiată, dar dotată cu o mare plasticitate ;
- *nevoile* îşi au originea în instincte ; un acelaşi instinct poate fi la originea mai multor nevoi diferite ; nevoia trebuie să fie satisfăcută într-o manieră sau alta, altfel există pericolul unor tulburări grave sau al distrugerii organismului ;
- *ideile* reprezintă instinctul şi nevoia ; ele sunt susceptibile de a fi punctul de plecare al unui act pe care îl conştientizăm. Acestea sunt prin urmare formaţiuni dinamice care poartă în ele posibilitatea unei acţiuni.

Schema generală va lua prin urmare forma următoare (fig. 2) :

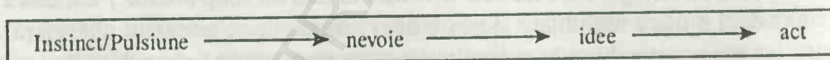


Fig. 2 – *Dinamica psihică de la inconştient la conştient*

De la instinctul nediferenţiat la act există un lanţ continuu care merge în sensul diferenţierii. În această schemă – după cum remarcă A. Collette (1985, p. 30) – ideile inconştiente sunt elementul cel mai important ; trebuie să fim totuşi atenţi când analizăm această noţiune deoarece spre deosebire de ideea conştientă, cu o structură logico-verbală precisă, ideea inconştientă este proiectul, ideea fundamentală care trebuie să se constituie ca bază a unui act exterior, a ceva ce trebuie îndeplinit.

Un alt element important al inconştientului este constituit de *contra-pulsiuni*. Deşi Freud nu a definit clar şi explicit acest termen, el este frecvent întâlnit în opera sa şi în lucrările de psihologie dinamică atunci când acestea se referă la teoria freudiană. Contrapulsiunile nu sunt un material de bază, primar al inconştientului, ci sunt dobândite. Acestea sunt forţe care se constituie progresiv în cursul vieţii individului şi în mod

deosebit în timpul copilăriei. Ele se formează sub influenţa presiunilor parentale şi ale mediului în care trăieşte individul. Mai întâi conştiente, ele devin treptat inconştiente în cea mai mare parte a lor. Funcţia lor este aceea de a se opune pulsiunilor, adică principiului rudimentar, primitiv, al plăcerii şi de a reprezenta exigenţele realităţii, deci ale lumii exterioare. De-a lungul acestui conflict între entităţi ce se conduc după principii opuse (principiul plăcerii – principiul moral al datoriei), echilibrul psihologic al individului este menţinut cu ajutorul unor ***mecanisme inconştiente de apărare***.

În orice moment activitatea conştientă îşi poate avea sursa în inconştient, fără ca noi să ne dăm seama de acest fapt. Întrucât individul nu poate admite o acţiune fără motiv, asistăm la un fenomen de ***raţionalizare***: subiectul găseşte, *a posteriori*, o justificare a comportamentului său. Acest procedeu este curent în viaţa cotidiană : se încearcă găsirea unor argumente ale unei acţiuni valabile în plan intelectual, social sau moral a căror semnificaţie profundă ne scapă total.

Freud consideră că tulburările psihice au mai multe surse. Una din ele o constituie ***experienţele traumatice*** cu care ***ego***-ul persoanei nu este capabil să se adapteze în mod direct şi de aceea încearcă să rezolve conflictul utilizând diverse mecanisme de apărare precum reprimarea, refularea. Totuşi prin utilizarea reprimării apare o altă problemă : energia asociată cu materialul represat acţionează în mod inconştient ca agent iritant.

La experienţele traumatice neintegrate conştient se adaugă, în cauzalitatea tulburărilor psihice, unele ***procese inconştiente***. Astfel, un complex Oedip/Electra nerezolvat poate conduce la o serie de tulburări sexuale. Conflictele interne nerezolvate (de exemplu, preferinţa sau ura inconştiente în raport cu unul din părinţi) pot fi o altă sursă pentru unele probleme comportamentale precum ostilitatea şi agresivitatea.

Fixarea în stadii primare ale dezvoltării psihosexuale este şi ea o sursă ce împiedică maturizarea ulterioară şi conduce la manifestarea unor trăsături de personalitate indezirabile.

Freud consideră că principala sursă a anxietăţii sunt frustrările sexuale. El afirmă că anxietatea apare în momentul în care manifestarea instinctului sexual este blocată de ego. Dacă instinctul nu este apoi deviat de către mecanismele de apărare, atunci energia asociată instinctului va fi transformată în anxietate.

Obsesiile şi compulsiile sunt considerate a fi mecanisme prin care persoana descarcă energia asociată materialului inconştient perturbator, patogen.

Prin urmare, toate tipurile de tulburări psihice îşi au originea în anumite procese psihice inconştiente ce includ fixaţii, conflicte interne, mecanisme de apărare. Aceste procese inconştiente perturbatoare au fost, de cele

mai multe ori, în relaţie cu experienţe traumatice, în mod deosebit cu experienţele din timpul copilăriei şi care au fost represate.

Obiectivul terapiei psihanalitice este acela de a descoperi procesele inconştiente cu potenţial psihopatogen şi de a le aduce în câmpul conştiinţei, astfel încât emoţia (energia) inconştientă asociată acestora să poată fi exprimată (şi prin aceasta, consumată, disipată), iar ideile perturbatoare inconştiente (devenite astfel conştiente) să poată deveni obiect de reflecţie, subiectul să poată lucra asupra lor.

În mod frecvent Freud consideră că tulburările emoţionale sunt rezultatul tensiunii emoţionale nedescărcate asociate amintirilor refulate ale unor experienţe sexuale traumatice infantile.

Pentru a descoperi astfel de procese inconştiente, Freud a utilizat câteva tehnici : a început iniţial cu ***hipnoza*** pe care a abandonat-o în favoarea ***asociaţiei libere*** la care ulterior a adăugat ***interpretarea viselor*** („Calea regală spre inconştient") şi analiza ***reacţiilor transferenţiale***.

3.2. Inconştientul în psihoterapia ericksoniană

Istoria hipnozei a impus noţiunea de inconştient. Freud însuşi a fost extrem de impresionat de observaţiile pe care le-a făcut în legătură cu sugestiile post-hipnotice prescrise pacienţilor de către Bernheim. El a propus, ulterior, propria concepţie despre inconştient în care terapeutul ascultă inconştientul pacienţilor şi-i interpretează discursul (vise, comportamente, limbaj) cu ajutorul unor grile de lectură generale şi codificate.

Dar şi concepţia teoreticienilor şi practicienilor din domeniul hipnozei a evoluat : în timp ce adepţii hipnozei clasice, ortodoxe, nu încearcă să asculte inconştientul, ci mai degrabă îi dau ordine fie direct, fie prin intermediul sugestiilor hipnotice, cu totul alta este situaţia în cadrul terapiei ericksoniene şi a şcolilor terapeutice derivate din aceasta. Astfel, în neuro-programarea lingvistică sau în cadrul psihoterapiei sistemice, terapeuţii se sprijină pe înţelepciunea şi resursele inconştientului fără însă a i se adresa direct ; în cadrul hipnozei ericksoniene, terapeutul dă cuvântul inconştientului într-o manieră directă şi fără a-l interpreta, permiţându-i să se exprime şi mai ales să acţioneze. Felul diferit în care era utilizat inconştientul în hipnoza tradiţională şi cea ericksoniană a fost evidenţiat de către S. Garnier prin utilizarea următoarei metafore : „în hipnoza tradiţională, se programa inconştientul ca pe o maşină ; în noua hipnoză, inconştientul este solicitat ca o entitate superioară, depozitară a programelor posibile" (*cf.* Godin, 1992, p. 45).

Una din întâmplările povestite de M. Erickson ilustrează metaforic credinţa acestuia în resursele nelimitate ale inconştientului. Este vorba de „istoria unui cal care rătăcea în curtea familiei sale pe vremea când era tânăr. Calul nu avea nici un semn cu ajutorul căruia să poată fi identificat. Erickson şi-a propus să-l ducă proprietarilor lui şi, în acest scop, pur şi simplu l-a încălecat, l-a scos la drum şi l-a lăsat să-şi aleagă singur calea. El nu intervenea decât atunci când calul părăsea drumul pentru a paşte sau pentru a se plimba pe vreun câmp. Când, în sfârşit, calul a ajuns în curtea unui vecin, la câţiva kilometri distanţă, vecinul l-a întrebat pe Erickson : «Cum aţi ştiut că acest cal a plecat de aici şi că el ne aparţine ? ». Erickson a răspuns : «Eu nu am ştiut, calul a fost cel care a ştiut. Tot ce a trebuit să fac a fost să-l ţin pe drum»". (S. Rosen, 1986, pp. 40-41).

Psihoterapia nu face altceva decât să repună clientul pe drumul bun, îl pune în situaţia de a accede la o nouă cunoaştere care merge din inconştient spre conştientul individului. Se întîmplă ca şi cum noua cunoaştere exista în inconştient şi prin terapie ea a prins formă la nivel conştient.

M. Erickson prefera să folosească pentru prezentarea concepţiei sale privind inconştientul nu atât expunerile teoretice, cât imaginile şi metaforele. În relaţia sa cu pacientul el se adresa la fel de uşor inconştientului ca şi conştientului, utilizând pentru primul metafore precum „mare magazin în care găseşti tot ceea ce ai nevoie", „rezervor de experienţe, de înţelepciune" etc.

Pentru Erickson, inconştientul este locul în care subiectul poate găsi, cu ajutorul contextual al terapeutului, soluţia la problemele sale, soluţii neutilizate din cauza limitelor determinate de experienţele conştiente ale subiectului. Conştiinţa este programată să se adapteze la finalităţi externe individului, care rezultă dintr-un consens şi sunt expresia unei experienţe. Această experienţă limitează considerabil capacităţile individului când acesta se confruntă cu o problemă. Spre deosebire de ceea ce se întâmplă în conştient, în inconştient capacităţile individului rămân intacte, neexplorate şi neexploatate. De aceea M. Erickson prezenta schimbarea terapeutică ca pe un proces de depăşire a limitelor conştiente, ca pe o ***extensie a ceea ce pacientul ştia deja*** (J. Haley, 1984).

Pentru a accede la inconştient trebuie să se producă mai întâi „depotenţializarea conştiinţei" – termen utilizat de Erickson „pentru a izola momentul oricărei transe hipnotice care urmează fixării atenţiei şi precede activarea proceselor inconştiente" (J. Godin, 1992, p. 83). „Depotenţializarea conştiinţei" se poate realiza rapid prin utilizarea ***surprizei***, ***şocului***, ***confuziei***

sau, treptat, cu ajutorul ***legăturilor duble*** sau ***„saturaţiei psihice"***. În general, pentru depotenţializarea conştiinţei este important ca aceasta să-şi detaşeze focalizarea atenţiei de procesele gândirii şi în mod deosebit de tot ceea ce constituie procese psihice interne sau, după cum spun Malarewicz şi Godin (1986, p. 59), „să ocupăm conştiinţa cu exteriorul şi să lăsăm interiorului posibilitatea unui dialog şi a unei explorări inconştiente" ; or, dacă acceptăm ipoteza lateralizării sarcinilor emisferelor cerebrale, pentru depotenţializarea conştiinţei, terapeutul saturează emisfera stângă, adresându-se astfel mai uşor celei drepte, permiţându-i să „lucreze".

Terapeuţii ericksonieni afirmă că se poate comunica cu inconştientul doar în limbajul emisferei drepte, situaţie în care comunicarea se realizează cu ajutorul unor metode şi tehnici indirecte (metafore, „duble legături", negaţii paradoxale, presupoziţii etc.) (tabelul 4).

Există şi o modalitate directă de a comunica cu inconştientul ; în tehnica hipnoterapeutică a chestionării cu răspunsuri prin semnalizare (*„signaling"*) ideo-motorie elaborată de Le Cron, Cheek apoi Rossi, pornind de la lucrările lui Erickson, se presupune că inconştientul răspunde direct la întrebările terapeutului, prin răspunsuri de tip „da", „nu", care pot fi exprimate convenţional prin mişcări ale degetelor, ale capului sau chiar prin mişcările unui pendul ţinut între degete.

Funcţia principală a inconştientului este aceea de a proteja persoana. El alege, spune Erickson, cea mai bună soluţie pentru subiect, chiar dacă acest fapt nu este totdeauna evident sau comprehensibil pentru acesta din urmă. Simptomul însuşi a fost o astfel de soluţie care, între timp, trebuie depăşită întrucât schimbările externe şi interne creează nevoia stabilirii echilibrului la un alt nivel.

Inconştientul poate rămâne inconştient – afirmă Erickson. Nu totdeauna este necesar şi util ca travaliul inconştientului să fie conştientizat, nu există obligativitatea *insight*-ului. Lipsa acestei prize de conştiinţă, element central în terapiile analitice, este aspectul ce diferenţiază cel mai mult concepţia lui Erickson de cea a lui Freud. Erickson citează cazul multor pacienţi care şi-au rezolvat problemele lor fără a conştientiza conţinutul conflictelor intrapsihice inconştiente. Această abordare are, între altele, drept consecinţă faptul că subiecţii nu mai sunt provocaţi să construiască atitudini rezistente sau ostile, din moment ce terapia nu necesită ca inconştientul să devină conştient.

Teoria ericksoniană a inconştientului suferă continuu o serie de reformulări care îşi au originea fie într-o nouă lectură a lucrărilor şi cazurilor clinice lăsate de M. Erickson, fie în influenţa exercitată de alte şcoli

terapeutice. Astfel, ericksonienii jungieni vorbesc despre inconştientul personal şi inconştientul colectiv, Gilligan afirmă existenţa unui Eu (*Moi*) profund, dincolo de spiritul inconştient.

Tabelul 4 – *Principalele specializări emisferice cerebrale*
(S. Tenenbaum, 1996, p. 49)

Emisfera stângă	Emisfera dreaptă
– Capacitate lingvistică dezvoltată – Are nevoie de cuvinte – Structurează frazele – Respectă sintaxa – Spirit logic, analitic, raţional, dorinţă de clarificare – Ia decizii, planifică, execută – Atenţie focalizată – Conştiinţa timpului – Limbaj digital – Nevoia de explicaţie – Gândire secvenţială	– Capacitate lingvistică limitată şi rudimentară – Construieşte imagini – Se interesează de aspectele non-verbale şi paraverbale – Recunoaşte forme, simţ vizual dezvoltat, simţ spaţial, muzical (melodic) – Atenţie difuză – Non-temporal – Limbaj analogic – Se sprijină pe intuiţie – Gândire globală

Vom prezenta în continuare inconştientul ericksonian aşa cum este văzut de S. Tenenbaum deoarece ideile ei au o serie de valenţe integrative care micşorează distanţa dintre teoria ericksoniană şi cea psihanalitică în acest domeniu.

Analiza lucrărilor lui M. Erickson (scrieri, seminarii, casete video) au evidenţiat – spune Sylvie Tenenbaum – faptul că în concepţia ericksoniană există două instanţe inconştiente: primul şi al doilea inconştient.

Primul inconştient este rezervorul tuturor automatismelor, al fiziologiei noastre. Totodată, fiind purtătorul sistemelor noastre de credinţe şi valori, al deciziilor inconştiente, al motivaţiilor noastre comportamentale, el nu este o instanţă total obiectivă şi neutră. Astfel, prin influenţa asupra imaginii noastre despre lume, ***el condiţionează anumite limitări***. Deci nu la el vom recurge în mod deosebit pentru a provoca schimbarea.

Al doilea inconştient reprezintă ansamblul capacităţilor şi „înţelepciunea" deseori ignorată a creierului nostru. Este un observator obiectiv, un arhivist care înregistrează toate datele istoriei noastre. Un mare număr de autori (E. Rossi, R. Dilts etc.) a afirmat că această instanţă este purtătoarea unei ***înţelepciuni biologice***, în timp ce alţii emit ipoteza că ea conţine elemente ce se racordează la nivelul genetic sau, pentru alţii, la un ***inconştient colectiv***. Indiferent ce este, acest al doilea inconştient poate fi comparat,

în funcţiile sale, cu un supervizor, un arhivist global – ***un spirit profund detaşat de sistemele de credinţe şi valori***. El le cunoaşte, dar nu aderă la ele. El nu împărtăşeşte aceeaşi hartă a lumii ca cea a conştientului şi primului inconştient. El înţelege toate limbajele, cel al emoţiei ca şi cel al raţiunii, cel al intuiţiei ca şi cel al reflexiei. El este „***ghidul nostru interior***", interogat într-o manieră directă în transa hipnotică.

Spre deosebire de afirmaţia explicită a lui M. Erickson, conform căreia inconştientul este un rezervor de resurse şi înţelepciune, S. Tenenbaum fragmentează inconştientul în două părţi : ***primul inconştient*** conţine o serie de valori, credinţe şi motivaţii cu efect limitativ asupra comportamentului uman ; această instanţă poate fi uşor apropiată inconştientului freudian ; ***al doilea inconştient*** îşi are rădăcinile în înţelepciunea biologică şi în istoria individului precum şi în inconştientul colectiv şi, prin această ultimă caracteristică, se apropie de inconştientul jungian (fig. 3).

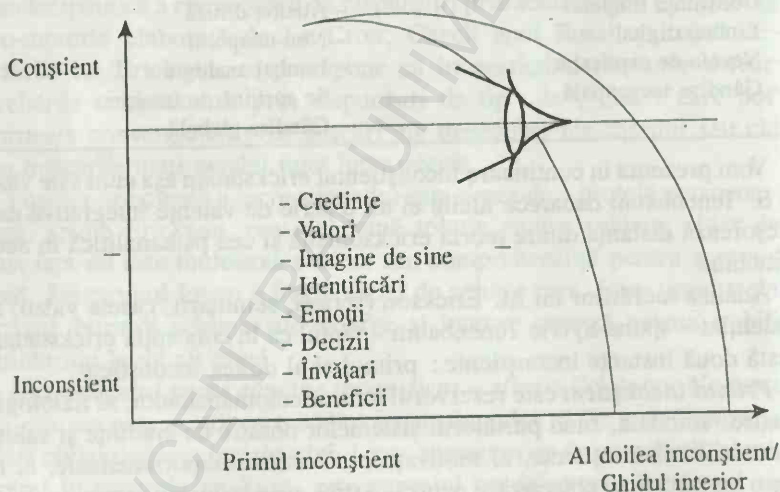


Fig. 3 – *Inconştientul la M. Erickson* (S. Tenenbaum, 1996, p. 33)

3.3. În loc de concluzii

1) Să observăm mai întâi că ipoteza inconştientului „substantival", ca instanţă separată a psihismului uman, accentuează fragmentarea personalităţii. După ce postulează această divizare a psihismului uman, atât Freud cât şi Erickson îşi propun ca obiectiv al terapiei „omul integral", capabil să utilizeze în scopuri adaptative *toate* resursele de care dispune.

2) Daţi-mi un punct de sprijin şi voi răsturna Pământul spunea Aristotel. Păstrând cadrul metaforic propus de marele filosof, am putea spune că, pentru terapeuţii angajaţi în rezolvarea problemelor pacienţilor lor, punctul de sprijin îl reprezintă inconştientul. Pentru Freud, ca şi pentru Erickson, partenerul privilegiat în construirea unei noi realităţi psihologice care să permită rezolvarea problemelor pacientului este inconştientul. Această teză poate fi susţinută de analiza comunicaţională a relaţiei terapeutice, întreprinsă de T. Melchior (1991, pp. 65-70).

La fel ca şi hipnoza - spune acesta - psihanaliza utilizează o structură a comunicării care violează o regulă importantă a comunicării umane obişnuite, cea care interzice oricui să pretindă că ştie mai bine decât persoana care vorbeşte ce vrea aceasta să spună, ce gândeşte, ce percepe sau ceea ce simte. Prin violarea acestei reguli, unul din cei doi aflaţi într-o relaţie de comunicare, respectiv pacientul, este parţial deposedat de privilegiul de a fi singurul enunţiator legitim posibil cu privire la stările sale interne. Iar celălalt - hipnoterapeutul sau psihanalistul - însuşindu-şi o parte a acestui privilegiu se comportă ca un ***co-enunţiator*** al trăirilor primului.

Acest „joc" comunicaţional nu ar fi posibil dacă cei doi - terapeut şi pacient - nu ar accepta amândoi ipoteza inconştientului. Într-adevăr, terapeutul nu-i poate spune pacientului că nu ştie exact despre ce vorbeşte decât dacă postulează existenţa unui ***enunţiator intern***, necontrolat, „inconştientul".

În acelaşi timp, trebuie să observăm că acest enunţiator intern (inconştientul) nu poate funcţiona fără să fie influenţat de terapeut. Maniera de a-l interoga, de a-i reformula sau interpreta răspunsurile, accentuând anumite elemente în dauna altora, sunt argumente ce ne permit să considerăm că atât în cazul hipnozei cât şi în al curei analitice, avem de-a face cu o ***„co-enunţare dramatizată"*** a trăirilor, experienţelor pacientului de către terapeut.

Această „co-enunţare dramatizată" nu este altceva decât forma finală a unui discurs ce are ca autori, în egală măsură, terapeutul şi pacientul şi care se vrea a fi „lectura logică şi conştientă" a unor mesaje ce provin din inconştient. Se ajunge astfel la o realitate psihologică interpersonală împărtăşită de ambii termeni ai relaţiei, care diferă mult de „realitatea" prezentată de pacient la începutul terapiei şi care constituie baza pentru noi soluţii decât cele încercate până atunci de acesta.

3) „Nu pot să-ţi dau nimic care să nu existe deja în interiorul tău. Nu-ţi pot propune alte imagini decât ale tale. Eu te ajut să faci vizibil propriul tău univers", spune Hermann Hesse (*cf.* M. Dufour, 1993, p. 57). Aceste cuvinte sintetizează metaforic crezul terapeutic al psihanalizei (terapeutul ca oglindă perfectă a pacientului) şi al terapiei ericksoniene (schimbarea terapeutică înţeleasă ca extensie a ceea ce pacientul ştia deja).

Credinţa în inconştient este un mijloc pentru a evita manipularea. Prezenţa inconştientului în ecuaţia schimbării terapeutice face ca terapeutul să nu poată fi acuzat de manipulare ; din moment ce atât problemele, cât şi soluţiile (*insight*-ul, respectiv utilizarea resurselor interne) îşi au singura sursă în pacient, atunci terapeutul nu are nimic de adăugat. Din această perspectivă terapeutul este destinat să joace rolul unui simplu operator, tehnician.

Totuşi, dacă acceptăm ideile ce rezultă din analiza comunicaţională a relaţiei terapeutice, expuse în concluzia 2, atunci trebuie să observăm, împreună cu P. Watzlawick, că nu putem să nu manipulăm ! Cu alte cuvinte, inconştientul, aşa cum este teoretizat de Freud şi Erickson, îşi poate juca rolul ce i s-a prescris în câmpul psihoterapeutic doar în măsura în care este (?), devine o construcţie interpersonală.

4) În procesul schimbării terapeutice, inconştientul preia o parte din responsabilităţile pacientului, devenind astfel, alături de terapeut, un important aliat al acestuia.

Într-o terapie psihanalitică, inconştientului i se atribuie responsabilitatea simptomului şi devine „ţapul ispăşitor" împotriva căruia sunt mobilizate toate resursele pacientului şi terapeutului. „Consecinţa cea mai gravă a pierderii încrederii în doctrina inconştientului este înnămolirea pacientului în propriile sale simţăminte de vinovăţie", spune I. Vianu. „Într-adevăr – continuă el – nu vom mai putea spune pacientului : «nu tu, ci inconştientul tău a dorit (sau a făcut) aşa»" (Vianu, 1975, p. 50).

În terapia ericksoniană tripla alianţă – pacient-inconştient-terapeut – este şi mai evidentă deoarece inconştientul – rezervorul resurselor şi înţelepciunii pacientului – îşi asumă responsabilitatea soluţiilor la problemele cu care se confruntă acesta.

5) Este inconştientul o componentă distinctă a psihismului uman? La această întrebare însuşi Freud nu dă un răspuns categoric din moment ce, în cadrul celei de-a doua topici a personalităţii, termenul de inconştient nu mai este utilizat ca substantiv (ca instanţă psihologică distinctă, alături de preconştient şi conştient), ci sub forma sa adjectivală, ca trăsătură a unor procese, funcţii şi instanţe psihice (Laplanche, Pontalis, 1994).

Observăm totuşi că mulţi terapeuţi (între care şi Erickson) au tendinţa de a utiliza inconştientul în forma sa substantivală. Având în vedere consideraţiile anterioare (concluziile 2, 3), reafirmăm ipoteza de la începutul acestui capitol conform căreia termenul de „inconştient" în forma sa substantivală este mai degrabă o metaforă pentru o realitate interpersonală, coevolutivă, ce-şi are originile, în egală măsură, în universul interior al pacientului şi terapeutului.

Capitolul IV

RELAŢIA PSIHOTERAPEUTICĂ

Cercetările efectuate asupra teoriei şi practicii diverselor şcoli de psihoterapie furnizează argumente conform cărora efectele terapeutice obţinute de fiecare dintre acestea se datorează, dincolo de ingredientele tehnice specifice, unui număr de factori comuni. Accentul asupra factorilor comuni este, deseori, în mod fals asociat cu dorinţa de a combina ingrediente de multe ori incompatibile. Conceptul factorilor comuni reprezintă totuşi un meta-model care descrie un mecanism valid pentru toate formele de psihoterapie. Studiile viitoare asupra acestor factori vor contribui la o mai bună înţelegere a procesului terapeutic şi în acelaşi timp vor favoriza o mai bună relaţie între cercetare şi practică. Unul din factorii comuni ai oricărei practici psihoterapeutice este relaţia client-terapeut sau ***relaţia terapeutică***.

1. Relaţia terapeutică în contextul celorlalte interacţiuni sociale

Pentru a înţelege mai bine efectul terapeutic al relaţiei pacient (client)--terapeut, să vedem în ce măsură această relaţie diferă de celelalte modalităţi de interacţiune socială.

După cum observa Gilieron (1997), majoritatea psihoterapiilor sunt clar delimitate de câmpul socio-cultural căruia îi aparţin pacientul şi terapeutul, printr-un cadru ce implică două aspecte : un ansamblu de ***coduri de relaţionare*** („regulile jocului") şi un ***dispozitiv***.

Orice terapie propune reguli de relaţionare care diferă de regulile obişnuite, dar sunt acceptate de societate deoarece este evident că este vorba de un tratament ; de asemenea, dispozitivul tehnic utilizat subliniază aspectul terapeutic al relaţiei şi-i evidenţiază anumite caracteristici. Astfel, delimitarea câmpului psihoterapeutic în raport cu câmpul socio-cultural se face în primul rând prin punerea sub semnul întrebării a regulilor sociale acceptate în cultura respectivă : se stabilesc coduri psihoterapeutice diferite de codurile sociale convenţionale. Prin aceasta se instituie o barieră care circumscrie clar relaţia terapeutică, deosebind-o de celelalte forme de interacţiune socială. Astfel, în relaţia psihoterapeutică, anumite tabuuri sunt anulate, dar sunt instaurate alte interdicţii.

În psihanaliză, spre deosebire de celelalte situaţii sociale, pacientul are dreptul, teoretic, de a spune orice, dar îi este interzis să acţioneze ; cât despre terapeut, el se angajează într-o anume neutralitate şi abstinenţă, dar îşi impune o activitate de prelucrare cognitivă a producţiilor pacientului. Unele schimburi psihosociale, în mod obişnuit interzise, sunt în timpul

terapiei permise, după cum altele, socialmente autorizate, sunt, dimpotrivă, interzise de codurile psihoterapeutice de relaţionare. De pildă, în timp ce în câmpul socio-cultural anumite intervenţii verbale pot fi interzise sau trebuie spuse cu grijă, măsurate, pentru a fi admise, sunt autorizate sau chiar obligatorii în câmpul curei psihanalitice. Dimpotrivă, în timp ce în câmpul social anumite acte sunt necesare şi colectiv valorizate, sau însoţesc manifestările verbale (de exemplu, schimburi de cadouri, manifestări de tandreţe sau dragoste etc.), acestea sunt excluse din câmpul psihoterapeutic.

Aceste reguli modifică considerabil relaţiile interpersonale obişnuite, atribuind fiecăruia dintre interlocutori un rol specific, în care unul este în mod necesar îngrijit, iar celălalt îngrijeşte. Tocmai de aceea este contraindicată interferenţa relaţiei terapeutice cu alte tipuri de relaţie – de rudenie, de prietenie etc.

Acest fapt este valabil nu numai pentru relaţia psihoterapeutică, ci şi pentru orice relaţie terapeutică în general. În faţa medicului pacientul se dezbracă, se întinde pe pat, scoate limba etc., comportamente care ar fi aspru sancţionate, ori ar avea o altă semnificaţie în câmpul social.

În domeniul medicinei, relaţia terapeut-pacient este de cele mai multe ori mediată de un aparat sau instrument fizic care, chiar singure în afara unor ritualuri şi coduri de relaţionare, au puterea de a delimita clar câmpul terapeutic de câmpul socio-cultural al actorilor sociali aflaţi în interacţiune. De cele mai multe ori pacientul învaţă „rolul de bolnav" şi aşteaptă anumite comportamente corelative acestuia din partea medicului. Dacă aşteptările lui nu sunt satisfăcute, implicarea acestuia în relaţia terapeutică şi efectul terapeutic ar putea deveni problematice.

În domeniul psihoterapiei, delimitarea relaţiei psihoterapeutice de alte tipuri de interacţiune socială este cu atât mai necesară cu cât există şi alte relaţii sau situaţii cu efecte psihoterapeutice, fără ca acestea să poată fi considerate psihoterapii : sfatul unui prieten primit într-o situaţie de mare cumpănă, participarea la un spectacol ; comunicarea medic-bolnav şi orice act medical are şi efecte psihoterapeutice implicite, deşi medicul nu-şi propune să facă psihoterapie.

Tocmai noutatea rolului prescris de codurile relaţiei psihoterapeutice, modul de comunicare deosebit de cel cotidian asigură puterea relaţiei psihoterapeutice, care poate sparge astfel automatismul repetiţiei (conceptualizat de psihanaliză prin termenul de transfer, iar de Şcoala de la Palo Alto prin principiul multiplicării ce conduce la soluţii ce menţin problema) răspunzător de dezechilibrul evident al pacientului în raport cu mediul în care se află.

În cîmpul terapeutic se instaurează o nouă realitate psihosocială deoarece codurile relaţionale psihoterapeutice transgresează în mod deliberat regulile obişnuite. Într-un cadru în care pacientul nu mai este securizat de obiceiuri, uzanţe şi coduri obişnuite, în care tabuurile socio-culturale sunt anulate şi se află sub imperiul altor reguli şi interdicţii, el trăieşte o stare în care sunt puse sub semnul întrebării fundamentele pe care se sprijină echilibrul lui psihologic. Tocmai pe acest fond de insecuritate va interveni terapeutul.

Regulile care organizează această relaţie comportă un *aspect etic* (drepturile şi îndatoririle partenerului) şi un *aspect tehnic* (direcţionism, neutralitate, abstinenţă, secret, activitate, pasivitate etc.). Aceste reguli definesc comportamentele reciproce atât ale terapeutului, cât şi ale pacientului (statusul terapeutului şi cel al pacientului).

La acestea se adaugă un *mod de comunicare specific* care poate fi dominant verbal sau non-verbal (relaxare, joc); se poate trece de la discursul verbal la strigăt, la acţiuni directe asupra corpului sau la muzică.

Toţi aceşti parametri au ca funcţie definirea unui fel de „joc" care diferenţiază relaţia terapeutică de o relaţie interpersonală convenţională (fig. 4).

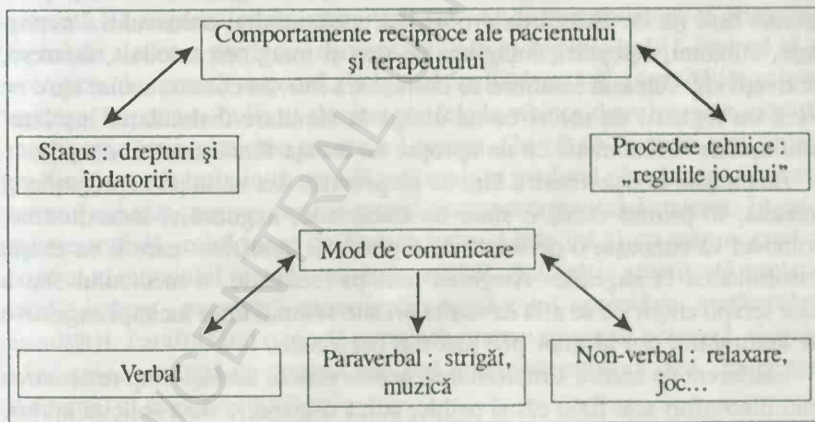


Fig. 4 – *Caracteristicile specifice relaţiei psihoterapeutice*
(E. Gilieron, 1997, p. 79)

Fiecare şcoală psihoterapeutică presupune o anumită concepţie despre om, despre boală şi sănătate, normal şi patologic şi, în funcţie de acestea, utilizează un anume dispozitiv tehnic pentru atingerea unor scopuri specifice (realizarea *insight*-ului, înlăturarea simptomului, maturizarea şi dezvoltarea persoanei etc.).

Evident, codurile relaţionale şi „regulile jocului" terapeutic capătă dimensiuni şi nuanţe specifice, în funcţie de şcoala căreia îi aparţine terapeutul. În acest context am putea defini competenţa psihoterapeutului ca fiind capacitatea de a stabili o relaţie dinamică în interiorul unui cadru spaţio-temporal dat, în funcţie de obiective precise şi prin raportarea lor la un model teoretic clar şi coerent.

2. Sugestia – strategie de comunicare şi influenţare în relaţia medic-bolnav

Analiza dialogului medic-bolnav relevă numeroase surse posibile ale distorsionării mesajului care circulă între cei doi. Interpretarea acestora din perspectiva dimensiunilor complexe ale sugestiei este, considerăm, posibilă şi utilă. În fond este vorba de o „întâlnire existenţială" într-o situaţie cu o mare încărcătură psiho-afectivă între două personalităţi diferite, întâlnire structurată nu numai de reglementări birocratice, organizaţionale, ci şi de vectori care ţin de alcătuirea profundă a medicului şi bolnavului : cunoştinţe, atitudini, aşteptări, imaginea de sine şi imaginea celuilalt, interese, motivaţii etc. Această întâlnire se desfăşoară într-un context social care ne oferă un registru de roluri ce ne obligă la simulare/disimulare, înşelare/autoînşelare – fenomene ce ne apropie de esenţa fenomenului sugestiv.

Boala bate la uşa noastră fără să ne prevină. Ea ne ia pe nepregătite şi creează, în primul rând, o stare de slăbiciune, angoasă şi incertitudine. Bolnavul va cunoaşte o perioadă de *regresie* şi *demisie* – care îi va creşte sensibilitatea la sugestie. Alegerea unităţii medicale, a medicului sau a unor terapii empirice se află de multe ori sub semnul unor incitaţii sugestive ale anturajului sau al unor pre-judecăţi personale.

Indiferent de natura simptomului, acesta este în acelaşi timp reflectarea unui disconfort atât fizic cât şi psihic, adică o manieră de a solicita ajutor. Cu cât anxietatea este mai mare, cu atât bolnavul poate apela la strategii subconştiente de „şantaj afectiv", exagerând acuzele (vezi, de pildă, „sindromul de pre-externare"), sau expunând o ierarhie particulară a simptomelor care reflectă atât nivelul său intelectual, toleranţa la frustrare, dar şi o serie de mecanisme de apărare psihică, în care strategia autosugestivă joacă un rol deosebit. Notăm aici doar raţionalizarea, în care argumentarea logică se împleteşte cu demersul afectiv al acceptării şi credinţei, precum şi negarea. Chiar Freud spunea că obiectul angoaselor noastre nu poate

apărea în câmpul conştiinţei decât ca o negare a acestuia ; teama de cancer sau infarct, de pildă, va mobiliza toată experienţa şi cunoştinţele empirice ale bolnavului în scopul prezentării simptomatologiei, în aşa fel încât acesta să obţină din partea medicului securizarea de care are nevoie. Discursul său, expresia manifestă a unui proces subconştient, ar putea fi rezumat astfel : „Nu am cancer (infarct etc.), nu-i aşa ? ".

Alteori bolnavul îşi afirmă în mod deschis suferinţa, durerea, cu intenţia mai mult sau mai puţin conştientă de a obţine din partea medicului negarea gravităţii simptomului. Când bolnavul spune : „Domnule doctor, sunt foarte bolnav", el nu aşteaptă din partea acestuia un răspuns afirmativ, ci, cu cât este mai insistent în afirmaţia sa, cu atât are o mai mare nevoie de negarea ei. Important este ca medicul să-i recepţioneze adecvat mesajul sugestiv. În orice situaţie sugestia difuzează soluţii ; chiar atunci când are forma unei probleme, ea creează premisele unei anume soluţii. Iar bolnavul se prezintă cu atâtea probleme, încât nici el, nici medicul nu vor şti totdeauna să discearnă între soluţiile reale şi cele dorite, între cele proprii şi cele asimilate de la celălalt !

Expunerea simptomatologiei de către bolnav este de cele mai multe ori marcată de negarea responsabilităţii lui. Ar fi culpabilizant şi angoasant faptul de a avea o parte din responsabilitate în apariţia bolii ! Dorind să se protejeze de această angoasă, bolnavul îşi limitează şi capacităţile sale de apărare împotriva bolii şi devine un fel de obiect deteriorat ce aşteaptă intervenţia unui tehnician pentru a-l repara. Cu cât se va simţi mai depăşit de boală cu atât trebuie să creadă mai mult în medicul său. Iar credinţa este terenul cel mai propice pentru apariţia comportamentului sugerat. În orice relaţie socială, rolul jucat de fiecare individ implică şi un anume grad de control al mesajului recepţionat de la celălalt. Asimetria accentuată a relaţiei medic-bolnav „prescrie" acestuia din urmă rolul acceptării, conformării, ascultării. Parafrazând o zicală populară, putem spune că bolnavul, abandonând orice tendinţă de control raţional, este îndemnat să facă „nu ce face medicul, ci ceea ce spune el".

Ierarhia subiectivă a simptomelor relatate de bolnav se constituie pentru acesta într-un „cadru de referinţă" (M. Sherif), ce structurează şi alimentează percepţia stimulilor interni şi externi (cu efecte deosebite asupra „schemei corporale"). Expectanţele pozitive sau negative asociate fiecărui rol, deci şi rolului de bolnav, au un potenţial sugestiv deosebit.

În cazul multor boli, o serie de simptome sunt induse de modelul socio-cultural de trăire a bolii respective, fapt reflectat în discursul spontan al bolnavului. Prioritatea subiectivă a simptomelor relatate de bolnav

exercită o presiune asupra medicului, care trebuie să ţină seama de aceasta dacă doreşte să realizeze o comunicare autentică cu bolnavul şi să evite iatrogeniile.

Se vorbeşte, în general, zâmbind, despre studenţii medicinişti care se îmbolnăvesc de fiecare boală pe care o studiază, fără să se conştientizeze suficient că mecanismul autosugestiv pe care îl implică acest fenomen nu dispare niciodată, el manifestându-se doar sub alte forme şi cu altă amploare pe tot parcursul activităţii lor ulterioare. Cunoştinţele medicale însuşite determină, pe de o parte, o percepţie particulară a „eului fizic" propriu, pe de alta, o percepţie evaluativă a comportamentelor celorlalţi oameni, prin raportarea acestora la diverse cadre nosologice.

Comportamentul neverbal al medicului are o importanţă deosebită ; el poate fi vehiculul unor sugestii pozitive sau negative, feed-back-ul care orientează discursul bolnavului. Acordarea unui timp insuficient bolnavului poate avea asupra acestuia un efect anxiogen prin imposibilitatea realizării catharsis-ului, prin receptarea unei lipse de interes din parte medicului ori prin inducerea incertitudinii de a fi spus tot pentru a uşura stabilirea diagnosticului.

De asemenea, prelungirea excesivă a anamnezei poate fi redundantă şi poate induce bolnavului impresia unei incapacităţi a medicului de a-i depista suferinţa.

Problematica interviului clinic este foarte complexă, iar sursele de eroare datorate efectelor sugestive ale atitudinilor, expectanţelor, formaţiei profesionale, ambianţei etc. sunt multiple şi variază de la un domeniu clinic la altul. De pildă, interviul clinic psihiatric se dovedeşte a fi destul de relativ în stabilirea diagnosticului, întrucât în domeniul psihiatriei există în mod deosebit tendinţa medicului de a-şi utiliza credinţele, atitudinile, comportamentele drept etaloane ale normalităţii – vectori ce structurează într-o manieră specifică raţionamentul diagnostic.

Deşi se utilizează frecvent dictonul că nu există boli, ci doar bolnavi, expectaţiile atitudine-structură (cum le numesc specialiştii în domeniu) îi determină pe unii medici să supraestimeze structura simptomatologică a unei boli şi să „forţeze" realitatea clinică să i se conformeze. Ele orientează şi potenţează conţinutul sugestiv al unor întrebări adresate bolnavului.

De o importanţă deosebită este ambianţa în care se desfăşoară interviul clinic. De foarte multe ori acesta se derulează în prezenţa altor bolnavi sau cadre medicale, în diverse poziţii şi cu frecvente întreruperi. Toate aceste împrejurări pot exercita presiuni psihice asupra bolnavului, influenţându-i comportamentul verbal şi neverbal. Astfel, Hamilton, studiind comportamentul

sexual, a recunoscut nu numai posibilitatea ca intervievatorul să utilizeze verbalizări sau succesiuni sugestive ale întrebărilor, ci și că unele schimbări, chiar minore, în tonalitatea intervievatorului afectează comparabilitatea datelor. Mai mult decât atât, el a considerat că distanța (în metri și centimetri) dintre intervievator și respondent, precum și poziția celor doi pot afecta rezultatul. Desigur că pentru a atenua influența acestor factori nu trebuie să procedăm cum a procedat autorul citat (care a așezat scaunele celor doi interlocutori în poziții fixe, iar întrebările au fost adresate în scris). Important este să sesizăm de fiecare dată circumstanțele care ar putea induce modificări sau omisiuni în fluxul informațional ce ne parvine din partea bolnavului.

Considerăm că aici trebuie pusă în discuție o dimensiune a sugestiei/sugestibilității care, deși a fost sesizată încă de la începutul secolului de către Binet, începe să fie analizată și conceptualizată de-abia în ultimii ani. Este vorba de sugestibilitatea interogativă. Gudjonsson și Clark (1986 – *cf.* Gudjonsson, 1989, p. 135) definesc ***sugestibilitatea interogativă*** ca „măsura în care, în cadrul unei relații sociale strânse, oamenii ajung să accepte mesaje comunicate în timpul chestionării, având ca rezultate modificarea răspunsului comportamental ulterior". Modelul teoretic propus postulează, între altele, existența a trei precondiții necesare apariției sugestiei interogative : incertitudinea, încrederea interpersonală și expectanțele pozitive. Toate aceste precondiții sunt întrunite de relația medic-bolnav și sunt atât de evidente încât nu insistăm în analiza lor. Menționăm doar cuvintele spuse de dr. Loukakis : „Relația medic-bolnav se bazează pe încrederea (am putea spune ***credința*** – n.n.) pe care bolnavul o acordă medicului său ; fără încredere nu numai că relația nu poate fi bună, dar și vindecarea bolii devine foarte aleatorie, aproape imposibilă. La nivelul relației medic-bolnav medicina se personalizează" (R. Dupont, 1981, p. 57). În plus, strategia preponderent defensivă a bolnavului în raport cu boala favorizează asimilarea oricăror sugestii implicite sau explicite vehiculate în cursul interviului clinic. Pe de altă parte, de multe ori pacientul nu este învățat sau nu găsește formulele cele mai potrivite pentru a-și exprima dezacordul față de afirmațiile sau negațiile mai mult sau mai puțin evidente ale medicului.

Există o serie de „mituri clinice" (V. Enătescu, 1981, p. 133) generatoare de efecte sugestive. Astfel, ***modelul virotic***, conform căruia orice tulburare are drept cauză un virus, un corp străin etc., orientează interviul clinic spre descoperirea acestei cauze ; și dacă este adevărat că găsești doar ceea ce cauți, în demersul diagnostic medicul ***trebuie*** să găsească o cauză pentru a-și justifica terapia.

Un alt model este cel *energetic* ; boala interpretată ca dezechilibru energetic fundamentează o serie de terapii ce utilizează curentul electric (de la fizioterapie la... electropunctură). Un caz particular îl constituie modelul bioenergetic ; terapeutul, posesor al unei energii supranormale, corectează dezechilibrul energetic al pacientului utilizând un anume „ritual". În acest caz, sugestia acţionează implicit sau explicit în dublu sens : terapeutul, „hipnotizat" de ideea posedării unei energii deosebite, îşi hipnotizează pacientul. Nu argumentăm aici calitatea „energiei" care circulă între cei doi, important este să reţinem efectul terapeutic care considerăm că are la bază „câmpul psihosocial" particular creat între terapeut şi pacient, în care credinţa, sugestia, motivaţia, expectanţa, prestigiul terapeutului au un rol deosebit.

Foarte mulţi medici, în cadrul interviului clinic sau convorbirii terapeutice, utilizează diverse îndemnuri – „nu mai fuma", „fii mai relaxat, indiferent" –, expresii ale *modelului „educării voinţei"*, neţinând cont de faptul că orice comportament se învaţă.

Documentele medicale ale bolnavului, consultate de medic, exercită o influenţă deosebită asupra deciziei diagnostice şi terapeutice, influenţă moderată de diverşi factori, precum : autoritatea unităţii medicale emitente, prestigiul medicului care semnează documentul, rezultatele unor tehnici de investigaţie suprasofisticate etc. Cunoaştem medici care, de obicei, consultă documentele medicale ale bolnavului după interviul şi examenul clinic, pentru a evita ca acestea să fie contaminate de judecăţile de valoare cuprinse în documente ; dar există şi cazuri în care o eroare de diagnostic persistă din cauza prestigiului primului medic care a diagnosticat boala, sau a unităţii în care acesta lucrează.

Aspectele tehnice proprii relaţiei terapeutice accentuează caracterul asimetric şi de dependenţă al acesteia, în care unul din parteneri, bolnavul, joacă rolul de obiect ; bolnavul dezbrăcat, culcat, imobil şi tăcut este, într-adevăr, obiectul manipulărilor fizice ale medicului care, îmbrăcat, în picioare şi în libertatea gesturilor sale, îl ascultă sau îl palpează, îi ordonă să se aşeze, să-şi întindă picioarele, să-şi oprească respiraţia sau să tuşească. „Dacă e adevărat că norme stricte definesc limitele dreptului medicului de a manipula fizic bolnavul – spune L. Boltanski – nu este mai puţin adevărat că medicul poate mereu, trecând de la manipularea fizică la cea morală, să crească la bolnav, prin mijloace tehnice subtile, sentimentul de dependenţă şi sugestibilitatea" (Boltanski, 1981, p. 23).

Securizarea bolnavului este, între altele, grija permanentă a medicului. A securiza, când boala nu e prea gravă, nu este greu. Dar a spune „nu aveţi

nimic", deşi formula corespunde absenţei unei boli organice decelabile, este în acelaşi timp şi o negare a simptomului bolii, şi a solicitării sale secundare (nevoia de ajutor).

Securizarea unui bolnav grav necesită, din partea medicului, o cu totul altă investiţie psihică, ce poate antrena inclusiv convingerile sale filosofice sau religioase. Pentru a nu-şi îngrijora bolnavul, medicul evită să-şi exprime îndoielile sau ignoranţa, ceea ce-i permite să-şi păstreze puterea. Structura examenului paraclinic nu este totdeauna determinată numai de ipotezele diagnostice ale medicului, ci şi de presiunea exercitată de diversele acuze subiective ale bolnavului. Pentru a anula o îndoială, a sa sau a bolnavului, medicul ajunge deseori să solicite examene complementare, uneori evitabile. Alteori, pentru a răspunde nevoii de securizare, medicul „somatizează" voluntar, adică raţionalizează simptomul, raportându-l la un organ sau o explicaţie ştiinţifică („nu, nu sunteţi nevrotic, stomacul e cel ce vă creează probleme...", „este un deficit biologic de..." etc.); dar medicul caută să securizeze sau să se securizeze?

Mecanismele sugestive, alături de cele reflexe şi raţionale, se constituie într-o necesară strategie a cunoaşterii şi acţiunii. Una din sarcinile principale ale medicului aflat în faţa unui bolnav este rezolvarea contradicţiei dintre multitudinea posibilităţilor de interpretare a simptomelor şi necesitatea de a admite doar una singură, în caz contrar el nefiind capabil să ia o decizie terapeutică. Mai ales în cazurile grave, ce impun decizii urgente, strategiile raţionale sunt de obicei insuficient de rapide pentru a conduce la soluţii şi stabilitate cognitivă; uneori, strategiile raţionale produc un fel de „blocare" a comportamentului. În astfel de situaţii, caracterizate prin ambiguitate şi anxietate, intervin mecanismele sugestive care conduc la o decizie terapeutică, percepută „ca şi cum" ar fi unica posibilă.

Mai mult decât în alte domenii de activitate, în medicină, puterea medicului, imaginea de sine, responsabilitatea deosebită a actului medical favorizează apariţia strategiilor de cunoaştere şi influenţă sugestivă. Puterea medicului, uneori slabă în raport cu boala, dar importantă prin imaginea pe care i-o dă, îl închide în singurătatea sa. Pentru a-şi seduce clientela, medicul caută să-şi dezvolte sau să-şi conserve imaginea de marcă – competenţă, încredere, devotament, amabilitate – uneori în detrimentul esenţialului.

Spre deosebire de bolile somatice, unde medicina a furnizat suficiente dovezi ale puterii sale, în domeniul bolilor funcţionale, unde cunoştinţele nu sunt suficient de clare şi succesul terapiilor propuse, mai puţin asigurat, ar putea avea loc punerea în discuţie a puterii medicului. Medicul poate

greşi oricând, riscul de eroare este inerent fiecărei consultaţii, dar cel mai bun medicament este medicul însuşi şi încrederea (credinţa) care se învesteşte în el.

Conceptul „autoîmplinirii profeţiei", considerat a avea virtuţi explicative deosebite în domeniul sugestiei, fundamentează necesitatea de a privi optimismul/pesimismul terapeutic al medicului ca factor important în evoluţia bolii. Nu este vorba aici de „minciuna terapeutică" pe care unii medici o folosesc cu o pricepere mai mare sau mai mică, ci de convingerile profunde ale medicului referitoare la puterea medicinei, la capacitatea regenerativă a oricărui sistem viu etc. Dintre toţi specialiştii, medicul este singurul căruia i se spune „doctor", şi dacă acest cuvânt provine din *docere* („a învăţa"), el este, sau trebuie să fie nu numai vindecător, ci şi educator, învăţător (Balint şi Balint, 1976, pp. 137-138). El trebuie să înveţe bolnavul nu numai cum să participe la vindecarea sa, ci şi cum să trăiască cu boala, în cazul în care aceasta nu poate fi vindecată. Pentru a-şi îndeplini aceste responsabilităţi medicul nu trebuie să ofere doar medicamente, el trebuie să se dăruiască pe deplin pe el însuşi pacientului său, iar sugestia este una din modalităţile utilizate, conştient sau nu, pentru realizarea acestui deziderat.

3. Relaţia terapeutică în teoria şi practica unor şcoli terapeutice

3.1. Relaţia terapeutică în psihanaliză

Teoria şi practica psihanalitică a suferit o serie de dezvoltări şi transformări. Apariţia terapiilor psihodinamice scurte a modificat substanţial relaţia terapeutică întâlnită în cura psihanalitică clasică. Consideraţiile noastre se referă totuşi doar la terapia psihanalitică ortodoxă, clasică.

În conformitate cu teoria psihanalitică, terapia tulburărilor nevrotice se realizează prin explorarea unor aspecte ale istoriei individului şi prin descoperirea relaţiilor lor cauzale cu starea psihologică prezentă. Afirmaţia fundamentală a psihanalizei este aceea conform căreia simptomele prezente îşi au originea în conflicte inconştiente. Procesul terapeutic constă, în principal, în aducerea acestor conflicte la suprafaţă, în domeniul conştientului. Conflictul nevrotic este rezolvat când acele părţi ale Eului, Sinelui şi Supraeului, respinse din câmpul conştientului în timpul dezvoltării, sunt integrate. Obiectivul tratamentului este acela de a motiva Eul să renunţe la mecanismele de apărare patologice sau să găsească altele mai adecvate.

Aceste schimbări structurale ale Eului sunt considerate a fi singura soluţie viabilă la conflictele bazale şi, în acelaşi timp, garanţia unei permanente schimbări.

Relaţia terapeutică psihanalitică implică anumite reguli. Principala regulă care se referă la pacient este regula ***asociaţiei libere*** : pacientul are drept consemn să spună, pe cât posibil, tot ceea ce-i vine în minte, fără să înlăture gândurile care i se par prosteşti, banale sau fără importanţă. Această regulă se bazează pe afirmaţia lui Freud că inconştientul conţine tendinţe spre exprimare în plan conştient prin încercarea de a depăşi barierele Eului. Materialul psihologic produs în urma asociaţiilor libere este analizat cu ajutorul unor tehnici orientate spre obţinerea *insight*-ului, precum confruntarea, clasificarea, interpretarea şi perlaborarea.

Şi comportamentul terapeutului se conformează unor reguli specifice :

- *Tăcerea*. Tăcerea psihanalistului trebuie să permită asociaţiilor pacientului să se dezvolte.
- ***Atenţia flotantă***. Asociaţiilor libere ale pacientului – orientate de tendinţe inconştiente ale acestuia, le corespunde atenţia flotantă a psihanalistului – expresia „inconştientului expert" al terapeutului. Terapeutul nu trebuie să aibă o idee preconcepută când îşi ascultă pacientul, dar trebuie să poată să se lase surprins, să recepteze, fără efort, idei, în aparenţă incongruente, suscitate de discursul acestuia.
- ***Neutralitatea***. Psihanalistul nu se pronunţă asupra opiniilor pacientului ; el este acolo doar pentru a înţelege şi interpreta.
- ***Abstinenţa***. Această regulă are un versant îndreptat spre terapeut, iar altul spre pacient. Terapeutul trebuie să se abţină a da pacientului satisfacţiile pe care acesta le caută, pentru a evita să devină complicele nevrozei sale, şi să-şi limiteze intervenţiile sale strict în domeniul interpretării. În anumite cazuri, psihanalistul recomandă pacientului să se abţină de la luarea unor decizii importante în cursul tratamentului, pentru a-l proteja de deciziile dificil reversibile ce ar putea fi legate de o fază tranzitorie a tratamentului, dar, mai ales, pentru a-l obliga să verbalizeze conflictele sale pe divanul psihanalitic, în loc de a-l lăsa să acţioneze în viaţa de zi cu zi într-o manieră mai puţin lucidă. Abstinenţa analistului şi abstinenţa recomandată pacientului au ca obiect lupta împotriva „trecerii la act" (*acting out*), adică împotriva exprimării de către pacient a conflictelor sale în limbajul acţiunii. Regula abstinenţei asigură o conversie forţată a conflictelor într-o formă verbală. Ipoteza care stă la baza acestei reguli afirmă că datorită acestor măsuri de frustrare controlată,

pacientul, privat de sursele obişnuite de satisfacţie, este plasat într-o stare de dezechilibru : pe de o parte, el va trăi mai mult în analiza conflictelor pe care caută să le rezolve obişnuit în viaţa cotidiană, pe de alta, în cura analitică însăşi ; neputând obţine de la analist satisfacţiile pe care acesta i le refuză, va începe să-şi exprime conflictele într-un mod mai direct. Acestea vor deveni „analizabile".

- *Evitarea intervenţiilor asupra anturajului pacientului*. Psihanalistul se interesează de lumea internă a pacientului, şi nu de anturajul său.
- *Interpretarea*. Ea este instrumentul terapeutic principal al psihanalistului ; ea constă în a ajuta pacientul să perceapă originea reală a sentimentelor sale, a temerilor sau inhibiţiilor sale (când pacientul ajunge să relaţioneze temerile sale de trecut nu se mai teme de prezent). Interpretarea trebuie să ţină seama de capacitatea de elaborare a pacientului şi să nu fie „sălbatică".

Aceste principii stau la baza a ceea ce s-ar putea numi intersubiectivitatea relaţiei terapeutice şi determină procesul psihanalitic. În timpul tratamentului, relaţia terapeutică însăşi devine obiect al analizei. S-a afirmat că pacienţii nevrotici tind să manifeste reacţii transferenţiale în care aceştia se raportează la obiecte inconştiente – în acest caz, terapeutul – spre care orientează impulsurile lor libidinale sau agresive. Aceasta înseamnă că pacienţii tind să retrăiască relaţiile trecute în cadrul tratamentului, într-un efort de căutare a gratificaţiei. Astfel de „repetări ale trecutului" în relaţia cu terapeutul pot conduce la manifestarea unor structuri libidinale ori comportamentale (de dependenţă sau agresive) foarte puternice faţă de acesta.

Reacţiile transferenţiale sunt de cea mai mare importanţă şi sunt stimulate de terapeut, deoarece constituie materialul esenţial ce este analizat. Reacţiile transferenţiale pot fi pozitive sau negative ; primele includ reacţii precum simpatia, dragostea, respectul pentru terapeut şi furnizează o bază a alianţei terapeutice ce conduce pacientul la o identificare cu atitudinea şi demersul terapeutului. „Argumentele care nu au drept corolar faptul de a emana de la persoane iubite nu vor exercita nici cea mai mică influenţă în viaţa majorităţii oamenilor" (Freud, 1980, p. 360). Pacientul este ulterior ajutat să perceapă în mod diferit situaţiile şi să descopere noi modalităţi de funcţionare. În reacţiile transferenţiale negative, pacientul actualizează vechile conflicte.

„Transferul, atât în forma sa pozitivă cât şi în cea negativă, se pune în serviciul rezistenţei" (Freud, *cf.* Laplanche, Pontalis, 1994, p. 440). Freud abordează în detaliu problema transferului în raport cu rezistenţele. El descrie două situaţii opuse : *rezistenţa la transfer* şi *rezistenţa prin transfer*.

Rezistenţa la transfer se traduce prin întreruperi ale asociaţiilor, tăceri prelungite etc. Rezistenţa prin transfer are următoarele caracteristici : „Transferul asupra persoanei analistului nu joacă rolul rezistenţei decât în măsura în care el este un transfer negativ sau chiar pozitiv compus din elemente erotice refulate” (Freud, *cf.* Gilieron, 1997, p. 24). În acest caz, continuă Freud, pacientul vrea să pună în act pasiunile sale, fără să ţină seama de situaţia reală. Totuşi, această „repetiţie simbolică” a trecutului în cadrul relaţiei terapeutice asigură posibilitatea schimbării şi „devine cel mai puternic dintre instrumentele terapeutice” (Freud) ; analiza şi interpretarea trecutului patogen asigură „uciderea” acestuia, şi, cum nimeni nu poate fi ucis în lipsă, transferul asigură prezentificarea sa simbolică.

Reacţiile afective inconştiente ale terapeutului faţă de pacient sunt descrise ca reacţii contra-transferenţiale. O atitudine pozitivă a terapeutului faţă de pacient pare să fie o condiţie necesară pentru o cură analitică cu bune rezultate. Totuşi, dacă această atitudine depăşeşte un anume nivel critic, ea poate stimula nevoia pacientului de gratificare şi dependenţă. Astfel, contra-transferul poate deveni un obstacol în evoluţia terapiei şi poate ridica chiar probleme etice. Contra-transferul pozitiv sau negativ devine, în aceste condiţii, pentru terapeut o provocare personală cu efecte asupra dezvoltării şi formării sale profesionale.

Această scurtă prezentare a psihanalizei ortodoxe demonstrează că relaţia terapeutică este considerată a fi cel puţin la fel de importantă ca tehnicile analizei. Factorii importanţi pentru psihanaliză, şi care pot fi întâlniţi şi în alte tipuri de psihoterapii, sunt următorii :

1) Accentul pus pe alianţa terapeutică ;
2) Un stil empatic, nondirectiv şi neevaluativ al terapiei ;
3) Identificarea pacientului cu terapeutul ;
4) Acceptarea *insight*-urilor şi a metodelor analitice.

Deşi practica psihanalitică a suferit o serie de transformări şi dezvoltări, relaţia terapeutică rămâne unul dintre cei mai importanţi factori terapeutici. Acest fapt a şi fost demonstrat de o serie de cercetări empirice. Astfel, s-a constatat că, luate separat, caracteristicile terapeutului şi pacientului explică doar o mică parte din varianţa succesului terapeutic în timp ce interacţiunea specifică din cadrul diadei terapeutice corelează semnificativ cu rezultatele (*cf.* Schaap, Bennun, Schindler, Hoogdvin, 1993).

3.2. Relaţia terapeutică în terapia centrată pe client

Terapia centrată pe client are la bază un model al personalităţii care accentuează rolul deosebit al dezvoltării sau auto-actualizării. Obiectivul

ideal al actualizării este dezvoltarea deplină a personalităţii şi tendinţa de a evolua în direcţia maturizării. Această dezvoltare este rezultatul experienţelor personale (*self* – eu) care pot apărea doar în relaţiile cu ceilalţi. Multe experienţe au un caracter simbolic, deşi ele pot fi conştientizate.

Adaptarea psihologică se află într-o strânsă coevoluţie cu imaginea de sine (*self-concept*). Aceasta înseamnă că toate experienţele fizice şi senzoriale ale organismului sunt asimilate la un nivel simbolic, aflat într-o relaţie congruentă cu imaginea de sine. Oamenii vor deveni din ce în ce mai securizaţi şi congruenţi, dacă în relaţiile lor cu celelalte persoane se simt acceptaţi şi înţeleşi.

Dimpotrivă, dacă o persoană trăieşte ignorarea sau neacceptarea universului său interior ori chiar lipsa de respect, acest fapt îi va afecta funcţionarea sa psihologică. Dacă un individ este continuu confruntat cu această atitudine, de exemplu, la şcoală, la serviciu, acasă, atunci el îşi va forma o scăzută stimă de sine şi o imagine negativă de sine. Imaginea de sine a individului va avea, astfel, la bază evaluarea propriilor experienţe de către ceilalţi. Deoarece evaluările celorlalţi interiorizate de către individ nu se află într-o relaţie necesară cu experienţa factuală a acestuia, ele vor fi exprimate din ce în ce mai intens sub forma sentimentelor de tensiune, durere, suferinţă.

Întrucât fiecare are nevoie de o imagine pozitivă în tranzacţiile cu ceilalţi, persoana aflată în această situaţie dezvoltă ceea ce C. Rogers numeşte o *imagine pozitivă condiţionată* prin interiorizarea unor condiţii ale demnităţii : ea se simte demnă de respect numai în anumite condiţii, în funcţie de valorile impuse din exterior, valori care nu au nici o legătură cu ceea ce simte persoana cu adevărat.

Experienţele care sunt în dezacord cu aceste valori introiectate („condiţii ale demnităţii") pot fi percepute ca ameninţătoare şi de aceea ele vor fi ignorate, dezavuate şi respinse. Dacă acest fapt se întâmplă în mod repetat, atunci structura eului devine inflexibilă pentru a rezista acestor ameninţări, ajungându-se astfel la un fel de barieră în calea dezvoltării personalităţii. Dezintegrarea şi dezorganizarea se manifestă când persoana aflată în această stare de incongruenţă se confruntă cu un eveniment important („momentul adevărului"). Comportamentul dezorganizat al persoanei este expresia pendulării între direcţiile de acţiune dictate de „condiţiile demnităţii" impuse din exterior şi cele indicate de ceea ce aceasta simte cu adevărat. Scopul terapiei centrate pe client este acela de a diminua această dezorganizare şi de a depăşi rezistenţa. Se poate ajunge la o autopercepţie realistă, care va schimba structura eului şi-i va mări autoacceptarea.

Deoarece relaţiile interpersonale sunt considerate a fi cheia dezvoltării individului, terapia oferă o relaţie care este astfel structurată încât va permite actualizarea resurselor, facilitarea dezvoltării şi maturizării. Rogers consideră că, pentru a-şi atinge aceste obiective, relaţia terapeutică trebuie să se conformeze unor principii. Astfel, el descrie următoarele şase condiţii care sunt *necesare şi suficiente* pentru schimbarea personalităţii :

1) Două persoane intră într-o relaţie semnificativă pentru fiecare dintre ele.
2) Clientul se află într-o stare de incongruenţă, adică vulnerabil şi anxios ; el trăieşte sentimentul că nu corespunde imaginii pe care o are despre sine.
3) Terapeutul furnizează clientului o relaţie congruentă şi integrată ; adică, terapeutul este el însuşi congruent cel puţin în relaţia cu clientul.
4) Terapeutul acordă clientului o atenţie pozitivă necondiţionată şi acceptă toate experienţele acestuia, întrucât ele alcătuiesc persoana unică pe care o are în faţa sa.
5) Terapeutul retrăieşte universul interior al clientului într-o manieră empatică şi încearcă să returneze către acesta experienţele astfel receptate.
6) Clientul are disponibilitatea de a accepta, cel puţin în principiu, mesajul terapeutului în legătură cu atitudinea pozitivă necondiţionată a acestuia faţă de el şi cu felul cum înţelege situaţia sa.

Punctele 3, 4 şi 5 evidenţiază principalele caracteristici terapeutice ale relaţiei dintre terapeut şi client, descrise de terapia rogersiană ca fiind condiţiile ***congruenţei, atenţiei (imaginii) pozitive necondiţionate*** şi ***empatiei.*** Relaţia terapeutică este înţeleasă ca o alianţă activă în care terapeutul nu are alt obiectiv decât de a stabili o relaţie care să satisfacă cerinţele menţionate. Dacă clienţii pot accepta oferta unei relaţii empatice, necondiţionate şi congruente, atunci aceasta va preciza şi va clarifica comportamentul acestora precum şi răspunsurile consecutive ale terapeutului. Rogers sugerează că eficienţa terapeutică nu constă în construirea unei relaţii terapeutice eficiente, ci în efortul continuu al terapeutului de a menţine această relaţie.

Deşi în domeniul terapiei centrate pe client pot fi, astăzi, identificate mai multe orientări (psihoterapia experienţială – Gendlin, 1973, o abordare dominant cognitivă – Wexler şi Rice, 1974, şi una dominant didactică – Truax şi Carkhuff, 1969), concepţia asupra relaţiei terapeutice nu s-a schimbat prea mult. Totuşi, în abordarea terapeutică „interpersonală" relaţia terapeut-client ocupă un rol chiar mai important.

Kiesler (1982), subliniind aspectele esenţiale ale psihoterapiei interpersonale, a afirmat că aceasta este o ramură mai directivă şi cu caracter interactiv accentuat a terapiei centrate pe client. Interacţiunea terapeut-client, în ciuda caracteristicilor sale unice, este în multe privinţe asemănătoare oricărei tranzacţii umane. Într-o astfel de relaţie, terapeutul este un participant şi un observator. De asemenea, clientul se prezintă în faţa terapeutului cu acelaşi tip de mesaj rigid pe care îl transmite şi celorlaţi. Prima sarcină importantă a terapeutului este aceea de a încerca să identifice şi să evalueze stilul comportamental specific aşa cum se manifestă el în cadrul interacţiunii. Sursa majoră a acestei evaluări sunt reacţiile emoţionale ale terapeutului însuşi, trăite în timpul acestor tranzacţii, precum şi regulile care au fost dezvoltate şi care îşi pot manifesta, uneori într-o manieră deranjantă, rolul lor în cadrul relaţiei.

Obiectivul terapiei interpersonale este, atât pentru terapeut cât şi pentru client, identificarea, clarificarea şi stabilirea de alternative la stilul comportamental rigid şi auto-defensiv al clientului. Sarcina lor este aceea de a înlocui tranzacţiile înguste, rigide şi contraproductive cu o comunicare mai flexibilă şi mai clară, adaptată la realităţile mereu schimbătoare ale contactelor sociale neprevăzute. Este important ca terapeutul să nu răspundă la fel cum au răspuns anterior persoanele semnificative pentru client, ci, mai degrabă, să răspundă chiar într-o manieră neconvenţională şi să rămână centrat pe domeniile, temele tratamentului şi pe procesul interactiv.

Teoria lui Rogers cu privire la caracterul necesar şi suficient al empatiei, imaginii pozitive necondiţionate şi congruenţei pentru provocarea schimbării terapeutice a determinat multe controverse şi cercetări. A. Ellis, de exemplu, afirma încă din 1959 că schimbarea terapeutică poate apărea şi în absenţa tuturor condiţiilor menţionate de Rogers (*cf.* Davis şi Fallowfield, 1991). Nici cercetările empirice nu au ajuns la concluzii categorice. Astfel, Parloff (1978), după o trecere în revistă a unui număr important de studii, concluzionează că după 20 ani de cercetare dovezile privind caracterul necesar şi suficient al condiţiilor rogersiene rămân neconvingătoare. Mai mult, terapeuţii înşişi au revizuit postulatele iniţiale ale centrării pe client. În 1976, 702 membri ai Asociaţiei Germane de Psihoterapie Rogersiană au fost intervievaţi în legătură cu metoda lor terapeutică. Doar 9% din respondenţi păstraseră condiţiile rogersiene ortodoxe, iar o treime dintre ei incluseseră frecvent ingrediente nerogersiene. Mulţi terapeuţi au raportat utilizarea unor tehnici neortodoxe precum jocul de rol şi relaxarea.

De fapt, comparată cu alte modele, teoria personalităţii a lui Rogers rămâne relativ insuficient elaborată şi, după cum afirmă Rachman, un

model mai adecvat, precum analiza de varianţă, trebuie să ia în considerare nu doar caracteristicile terapeutului şi ale clientului, ci şi tehnicile terapeutice şi, probabil, mult mai important pentru o înţelegere corectă, o cunoaştere a interacţiunii dintre aceşti trei factori (*cf.* Davis şi Fallowfield, 1991).

3.3. Relaţia terapeutică în terapia cognitiv-comportamentală

Teoriile cognitiv-comportamentale pot fi considerate o binevenită sinteză a diverselor abordări terapeutice şi sunt astăzi unele din cele mai răspândite psihoterapii. Deşi în acest domeniu există mai multe orientări şi cadre teoretice, ele împărtăşesc câteva afirmaţii de bază care justifică gruparea lor sub aceeaşi etichetă. Afirmaţia de bază este că toate comportamentele, adaptative sau neadaptative, sunt rezultatul unor scheme implicite. Acestea sunt mai mult sau mai puţin conştiente şi înglobează structuri cognitive şi sisteme de prelucrare a informaţiilor. Termenul ***cogniţie*** este oarecum vag definit, dar se referă de cele mai multe ori la idei, semnificaţii, credinţe, gânduri, inferenţe, expectaţii, afirmaţii, atribuiri. Se afirmă că acestea mediază comportamentul în mod direct (inclusiv manifestările emoţionale) şi sunt obiectivul major al schimbării psihoterapeutice.

Cogniţiile variază de la un individ la altul şi sunt dobândite de-a lungul vieţii. Nu este exclusă nici posibilitatea ca aceste cogniţii să fie expresia experienţelor din prima copilărie, cogniţii ce continuă să exercite o influeţă puternică asupra persoanei adulte. În general se consideră că tulburările comportamentale rezultă dintr-o perturbare a proceselor cognitive şi, de aceea, terapia îşi propune identificarea, provocarea şi schimbarea acestora. Acest fapt implică schimbarea afirmaţiilor, ideilor false, a gândirii ce operează cu termeni rigizi şi extremi, a concepţiilor greşite sau inadecvate, astfel încât persoana să gândească, să se comporte şi să trăiască stări afective având o bază mult mai raţională.

Spre deosebire de terapiile analitice şi centrate pe client, care acordă un rol important relaţiilor terapeutice însăşi şi a proceselor derivate din acestea, în economia generală a schimbării psihoterapeutice, terapia cognitiv-comportamentală se centrează în mod deosebit pe ***tehnicile*** utilizate în cadrul creat de relaţia client-terapeut. Totuşi, o serie de observaţii şi cercetări empirice subliniază şi în cadrul acestei terapii importanţa ***transferului***. Transferul asigură o mai bună angajare a pacientului în terapie şi crearea unei alianţe active între acesta şi terapeut. Chiar primele dezvoltări ale terapiei comportamentale au permis observaţia conform căreia, în cazul în care clientul discută unele teme anxiogene cu un terapeut cald şi empatic, atunci procesul desensibilizării va fi mai rapid şi mai eficient. ***Inhibiţia***

reciprocă (Wolpe) poate fi privită din perspectiva transferului : dacă pacientul realizează un transfer pozitiv în relaţia sa cu terapeutul, atunci el se va putea relaxa din ce în ce mai bine, inhibându-şi astfel anxietatea. De asemenea, sentimentele pozitive pe care le presupune relaţia transferenţială asigură succesul tehnicii *modelării* (Bandura) şi se pot transforma în factori recompensativi în stimularea dorinţei de însănătoşire. Importanţa întăririi sociale are la bază influenţa verbală a terapeutului. A. Bandura consideră influenţa ca bază a modelării, proces care asigură realizarea schimbării terapeutice. În teoria sa social-cognitivă, observarea modelelor joacă un rol important şi, de aceea, el atribuie terapeutului un rol important în schimbarea clientului. Pentru ca terapeutul să fie capabil să joace acest rol, este necesar ca el să fie văzut, într-o mare măsură, ca *atractiv* şi având un status superior ca *expert*. Identificarea clientului cu terapeutul asigură identificarea cu strategiile de adaptare pe care le propune acesta din urmă.

Spre deosebire de relaţia terapeutică dezvoltată de celelalte terapii, unde predomină caracterul non-directiv al acesteia, în cazul terapiilor cognitiv-comportamentale avem de-a face cu o relaţie *directivă* ; de fapt, mai potrivit ar fi termenul de *„relaţie de ghidare"*, deoarece terapeutul ajută pacientul să ia anumite decizii, nu ia decizii în locul lui.

Dacă în psihanaliză terapeutul îşi propune să fie o „oglindă perfectă" care să-i ofere pacientului o imagine ce conţine în egală măsură lumini şi umbre, iar în terapia rogersiană terapeutul doreşte să fie şi el o oglindă ce oferă pacientului „o imagine pozitivă necondiţionată", în terapia cognitiv-comportamentală terapeutul are un rol mai activ, directiv, care implică în egală măsură procese precum : orientare, ghidare, colaborare, parteneriat.

Putem sintetiza rolul şi atitudinea terapeutului în terapia cognitiv-comportamentală astfel :

1) Culege datele şi efectuează analiza funcţională a comportamentelor ;
2) Explică, informează, dedramatizează ;
3) Defineşte simptomul-ţintă, identifică factorii de menţinere şi cercetează beneficiile secundare ale acestuia ;
4) Alege strategia terapeutică ;
5) Stimulează motivaţia de participare la terapie a pacientului ;
6) Aplică tehnica terapeutică ;
7) Pune capăt relaţiei terapeutice (conform contractului terapeutic).

Nu ne propunem să analizăm toate aceste dimensiuni ale relaţiei terapeutice, deoarece o astfel de analiză ar ajunge inevitabil la discutarea unor detalii tehnice care ne-ar îndepărta de obiectivul pe care îl avem în vedere. Menţionăm totuşi câteva consideraţii asupra acţiunilor menţionate mai sus la punctul 2.

Terapeutul furnizează, în principal, *explicaţii* asupra dobândirii răspunsurilor şi comportamentelor inadaptate, menţinerii acestora, precum şi asupra tehnicilor terapeutice ce pot fi utilizate pentru schimbarea lor. El răspunde astfel aşteptărilor clienţilor care doresc să înţeleagă, să fie securizaţi cu privire la viitor şi să fie deculpabilizaţi. Cercetările empirice efectuate asupra pacienţilor care au urmat o terapie cognitiv-comportamentală au evidenţat, în acord cu cele menţionate mai sus, următorii factori care au contribuit la succesul terapiei (Sloane şi Coll, 1975) : personalitatea terapeutului, accesul la înţelegerea problemelor lor, încurajarea în înfruntarea graduală cu situaţiile dificile, posibilitatea de a vorbi despre problemele lor cuiva care înţelege, posibilitatea de a învăţa să se înţeleagă pe ei înşişi.

Explicaţiile terapeutului au un rol important în crearea unei alianţe active între acesta şi pacient. Ele reiau într-un limbaj coerent, comprehensibil, experienţele emoţionale şi comportamentale trăite, până atunci, ca iraţionale ; de asemenea, explicaţiile permit numirea acestor experienţe, evidenţierea unor relaţii cauzale, fapt ce are consecinţe asupra nivelului general al anxietăţii deoarece până atunci ele fuseseră trăite ca invadatoare şi indefinibile. Astfel, explicaţiile pot stimula, la pacient, sentimentul controlului, favorizează intrarea în terapie şi cresc încrederea în terapeut. Se trece, în acest mod, de la ***a suferi*** la ***a acţiona***, ajungându-se la o relaţie de parteneriat între pacient şi terapeut.

Pentru a explica, terapeutul face apel la un cadru de referinţă teoretic. Folosindu-se de acesta, el transmite pacientului imaginea, concepţia *sa* de a le rezolva. Terapeutul permite pacientului înţelegerea problemelor sale cu ajutorul unor argumente teoretice care corespund sistemului *său* de credinţe. Însă pentru a demara procesul schimbării terapeutice, trebuie ca sistemul de credinţe al terapeutului să intre în acord cu cel al clientului. Acesta din urmă are şi el imaginea *lui* despre problemă şi despre soluţiile posibile. Pentru a evita posibilele rezistenţe care ar putea apărea ca urmare a unui dezacord dintre cei doi, relaţia terapeutică trebuie să fie construită într-o manieră colaborativă. Doar o bună relaţie terapeutică poate servi ca suport pentru *învăţarea experienţelor corective* de către pacient.

4. Tendinţe integrative

În 1960, Shostrom a produs trei filme în care C. Rogers, F. Perls şi A. Ellis au intervievat acelaşi client. Aceste filme au provocat numeroase discuţii deoarece pentru prima dată reprezentanţii cei mai autorizaţi ai unor şcoli

terapeutice îşi expuneau public activitatea lor clinică. De-a lungul anilor, aceste filme au devenit obiect de cercetare pentru numeroase studii ce-şi propuneau să identifice şi să sistematizeze aspectele practicii terapeutice.

Astfel, Hill, Thames şi Rardin (1979), analizând aceste filme cu ajutorul unei grile comportamentale, au ajuns la concluziile următoare: Rogers a demonstrat un ***suport minimal***, a utilizat ***parafrazarea***, ***interpretarea*** şi ***clarificarea***; Perls a fost dominant ***directiv***, a ***oferit informaţii***, a utilizat ***interpretarea*** precum şi tehnici de ***afirmare*** pentru client; Ellis a fost apreciat ca fiind mai activ şi ca utilizând preponderent ***clarificarea***, ***prescripţiile comportamentale***, ***interpretarea*** şi ***reformularea***.

Utilizând o tehnică asemănătoare, Braunink şi Schroeder (1979) au comparat înregistrările video ale unor şedinţe de terapie ale unui număr de 18 psihanalişti, gestaltişti şi comportamentişti. Gestalt-terapeuţii s-au detaşat evident de ceilalţi, în timp ce psihanaliştii şi terapeuţii comportamentişti au fost similari din multe puncte de vedere. Astfel, gestalt-terapeuţii au fost mai personali şi mai directivi decât ceilalţi, care au încercat într-o manieră mai explicită să faciliteze comunicarea şi au fost mai influenţaţi de clienţii lor. De altfel, apropierea surprinzătoare dintre psihanalişti şi comportamentişti a fost evidenţiată şi de alte studii (Greenwald *et al.*, 1981, DeRubeis *et al.*, 1982 etc.).

Compararea principiilor teoretice ale diferitelor şcoli a evidenţiat faptul că fiecare abordare terapeutică a analizat şi sistematizat doar un singur aspect. Astfel, terapia centrată pe client, în mod exclusiv, iar psihanaliza într-o mai mică măsură au accentuat asupra componentei relaţionale, în timp ce terapia cognitiv comportamentală s-a centrat asupra tehnicii. În ciuda acestui fapt, cercetarea practicii clinice a unor terapeuţi ce aparţin acestor şcoli ne propune o altă imagine care furnizează argumente pentru existenţa unor factori comuni sau a unei tendinţe integrative. Multe din formulările teoretice sunt mai mult sau mai puţin ignorate în practica clinică. Astfel, terapeuţii rogersieni nu au reţineri în a folosi tehnici comportamentale şi relaxarea, iar terapeuţii cognitiv-comportamentişti demonstrează caracteristici care, teoretic, ar trebui asociate terapeuţilor centraţi pe client, şi care sugerează că schimbarea terapeutică este posibilă doar în contextul relaţiei terapeutice.

Într-o încercare de a stimula reflexiile teoretice şi cercetările empirice, Gelso şi Carter (1985, 1994) propun un model multidimensional al relaţiei terapeutice. Relaţia terapeutică se referă la „sentimentele şi atitudinile pe care participanţii la terapie le au unul faţă de celălalt precum şi la maniera în care acestea sunt exprimate" (Gelso şi Carter, 1994, p. 297). Ei consideră

că indiferent de orientarea teoretică a terapeutului, orice relație terapeutică este compusă dintr-o relație „reală", o relație „nereală" (relație transferențială/contratransferențială) și o „alianță activă" între client și terapeut.

Relația „reală" este „ceva care există și se dezvoltă între terapeut și client ca rezultat al sentimentelor, percepțiilor, atitudinilor și acțiunilor fiecăruia față de celălalt" (Gelso și Carter, 1985, p. 185). Acest aspect al relației este real deoarece este centrat pe realitate, adecvat și nedistorsionat. Această perspectivă asupra relației terapeutice a fost teoretizată în mod deosebit, tipic, de către terapia rogersiană sub forma condițiilor facilitative oferite de consilier : autenticitate/congruență, imagine pozitivă necondiționată și empatie. Totuși, în conceptualizarea lui Gelso și Carter, relația reală este mai mult decât aceste condiții facilitative. Dacă modelul relației terapeutice s-ar restrânge doar la acestea, atunci el s-ar reduce doar la oferta terapeutului și nu ar lua în considerare natura interactivă a relației personale dintre terapeut și client, care are la bază o interacțiune directă, autentică și nedistorsionată. De aceea, pentru o mai bună descriere a „relației reale", se au în vedere nu numai condițiile facilitative descrise de Rogers (autenticitate, imagine pozitivă necondiționată și empatie), ci și unele activități interpersonale inițiate de terapeut precum „autodezvăluirea" (*self-disclosure*) manifestată prin expresii ca „și mie mi s-a întâmplat să...", „și eu...") ; de asemenea, tot în acest context, au fost studiate interacțiunile dintre intențiile, modurile de răspuns ale terapeutului și comportamentele corespunzătoare ale clientului (Sexton și Whiston, 1994). Totuși, dificultatea definirii operaționale a acestor variabile, importanța contextului în care se desfășoară relația terapeutică precum și caracterul unic al acestuia sunt argumente frecvent invocate pentru a justifica rezultatele neconcludente ale studiilor care și-au propus să studieze impactul unora dintre aceste variabile ale relației terapeutice asupra rezultatelor terapiei.

Relația „nereală". În modelul lor, Gelso și Carter (1985, 1994) consideră că transferul/contratransferul pot fi considerate o „eroare" perceptivă, o distorsiune, o percepție greșită sau o interpretare eronată a evenimentelor în cadrul relației terapeutice fie de către client, fie de către terapeut. Deoarece transferul/contratransferul nu sunt aspecte directe ale interacțiunii dintre client și terapeut, Gelso și Carter au caracterizat transferul și contratransferul ca un aspect „nereal" al relației. În urma unui studiu meta-analitic care și-a propus să evalueze rolul transferului și contratransferului în consiliere și psihoterapie, Sexton și Whiston (1994) nu au reușit să ajungă la concluzii categorice : „Diverse metode au furnizat unele argumente că structurile relaționale cu care pacienții intră în terapie sunt

evidente în relaţia terapeutică şi că aceste structuri pot influenţa rezultatele terapeutice. Rolul transferului în terapie este totuşi complicat" (Sexton şi Whiston, 1994, p. 35).

Diferenţierea de către Gelso şi Carter între „real" şi „nereal" în cadrul elementelor relaţiei terapeutice a provocat o serie de dispute teoretice (Greenberg, 1994 ; Patton, 1994 ; Gelso şi Carter, 1994). Cum poate cineva identifica într-o relaţie care sunt aspecte reale şi care sunt cele „obţinute" de terapeut ? (Greenberg, 1994). Fiecare pacient intră în relaţia cu terapeutul cu toată istoria sa. Toate interacţiunile sociale sunt construite cu ajutorul modelelor interne ale fiecăruia care au la bază experienţa trecută ; această experienţă include multe influenţe culturale, roluri sexuale şi sociale etc. Aceasta înseamnă că oricine este implicat într-o relaţie interpersonală, în mod obişnuit, interpretează sau aşteaptă anumite reacţii din partea celorlalţi în baza trecutului său unic. Cu alte cuvinte, „nu putem să nu transferăm" (parafrazându-l pe P. Watzlawick), deoarece orice relaţie interpersonală poartă marca istoriei noastre unice.

De aceea, am putea considera că transferul este un concept prea larg pentru a diferenţia între ceea ce este „real" (autentic) şi „nereal" (distorsionat) în cadrul relaţiei terapeutice.

Alianţa activă (*working alliance*). Alianţa terapeutică are o istorie lungă în cadrul concepţiilor psihoterapeutice. Freud discuta încă de la începutul secolului importanţa unei alianţe în care terapeutul trebuie să aibă o anume capacitate comprehensivă şi pacientul să fie orientat spre terapeut, care îi oferă încurajarea de care are nevoie. Alţi autori au recunoscut şi ei importanţa naturii colaborative a relaţiei terapeutice şi au considerat că o identificare între client şi terapeut este necesară (Sterba, 1934 ; Zetzel, 1956). Ulterior, Bordin şi Greenson (1979), abordând alianţa terapeutică într-o manieră mai specifică, au considerat că aceasta se compune din trei elemente : acordul asupra obiectivelor, acordul asupra sarcinilor de îndeplinit şi dezvoltarea unei relaţii emoţionale între client şi terapeut. Interesul pentru acest concept a depăşit domeniul teoretic şi a determinat alcătuirea unor multiple instrumente de evaluare a alianţei terapeutice (Penn Helping Alliance Scale, 1983 ; Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale, 1983 ; California Psychotherapy Alliance Scale, 1987).

Deşi există multiple modalităţi psihometrice, există totuşi un consens asupra faptului că alianţa presupune atât colaborarea dintre participanţi, precum şi capacitatea clientului şi terapeutului de a negocia un contract terapeutic adecvat. Spre deosebire de modelele ce se referă la transfer şi condiţii facilitative, alianţa nu este considerată ca mecanism al schimbării, ci mai degrabă ca un mecanism care favorizează colaborarea, consimţirea

pacientului de a participa la tratament. Alianţa terapeutică este considerată de mulţi autori ca un cadru teoretic comprehensiv util pentru conceptualizarea relaţiei terapeutice (Frieswyk *et al.*, 1986 ; Gelso şi Carter, 1985 ; Horvath şi Greenberg, 1989).

Cercetările emipirice asupra relaţiei dintre alianţa terapeutică şi rezultatele terapiei indică faptul că alianţa explică 45% din varianta rezultatelor terapeutice măsurabile (Horvath şi Greenberg, 1989). În plus, se pare că alianţa este o componentă semnificativă a relaţiei terapeutice, indiferent de abordarea terapeutică utilizată.

Trebuie să observăm totuşi că măsura în care alianţa terapeutică corelează cu rezultatele pare să depindă de perspectiva măsurării şi specificitatea criteriilor de evaluare a rezultatelor. Majoritatea studiilor care au inclus evaluări ale alianţei efectuate de terapeut, client şi observator au găsit că aceste evaluări nu corelau în aceeaşi măsură cu rezultatele. În majoritatea cazurilor, evaluările alianţei efectuate de către client au avut cea mai mare putere predictivă privind rezultatele (Sexton şi Whiston, 1994).

Dacă la faptul că alianţa terapeutică poate oferi imagini diferite atunci când este privită de cei doi „aliaţi" adăugăm şi observaţia că intensitatea alianţei variază de-a lungul diverselor faze ale procesului terapeutic, este evident că alianţa terapeutică este un proces interacţional complex, multidimensional şi care, bine utilizat, poate asigura o bună parte a succesului terapeutic, indiferent de teoria care îl fundamentează.

5. Relaţia psihoterapeutică – o construcţie psihosocială

De mai mult timp relaţia terapeutică nu mai este descrisă doar în termeni ce se referă strict la psihologia celor doi protagonişti. Relaţia terapeutică este un tip anume de interacţiune socială în care protagoniştii, deşi cu istorii diferite, aparţin aceluiaşi mediu socio-cultural şi împărtăşesc anumite valori care fac posibilă întâlnirea lor. Există deja o serie de studii (Hill *et al.*, 1988 ; Hill şi O'Grady, 1985 ; Watkins, 1989 ; Sexton şi Whiston, 1994) care îşi focalizează descrierea mai degrabă la un nivel interacţional decât individual. Ideea fundamentală a acestora este aceea că relaţia terapeutică este o interacţiune socială coconstruită ; din această perspectivă structurile interacţionale capătă sens doar când sunt considerate în contextul particular în care relaţia se manifestă.

„Puterea terapeutică", pentru a-şi îndeplini misiunea, este un capitol simbolic ce trebuie recunoscut ca atare de grupul social. În orice

cultură există o serie de „vindecători” care, deşi obţin efecte terapeutice incontestabile, nu sunt consideraţi „adevăraţi” terapeuţi deoarece comportamentul acestora, valorile afirmate în cursul terapiei nu sunt în acord cu reprezentarea pe care grupul social respectiv o are asupra terapiei. Nu este întâmplător că prima psihoterapie cu adevărat (!) ştiinţifică – psihanaliza – a propus un model – modelul medical – ce-şi afirmase deja puterea terapeutică. În acest context trebuie înţeleasă afirmaţia lui J. Guyotat : „...problema este totdeauna cea a *relaţiei între doi sau mai mulţi indivizi între care circulă puterea terapeutică*, circulaţie care, în definitiv, nu se poate realiza decât regularizată de grup, de terţi, de instituţia terapeutică, adică de *această formă de organizare între indivizi căreia grupul îi conferă o funcţie dată, funcţia terapeutică* (s.a.) tot aşa cum conferă şi altora, mai mult sau mai puţi durabil, o funcţie politică, o funcţie educativă... şi exercită sau încearcă să exercite un control asupra puterii astfel conferite” (1978, p. 10). Prin urmare, puterea terapeutică are la bază nu numai o serie de cunoştinţe psihologice şi o „tehnologie” specifică ei, ci şi – poate în primul rând (!) – consensul grupului. De altfel, în ţările în care costul psihoterapiei este decontat prin sistemul de asigurări sociale este şi mai evident faptul că relaţia pacient-terapeut este socialmente mediată. Însăşi definiţia dată de Strozka psihoterapiei face referire la consensul grupului (vezi p. 16).

O demonstraţie indubitabilă a influenţei mediului social, în general, şi a instituţiilor cărora li se recunoaşte formal „puterea terapeutică”, în special, asupra relaţiei terapeutice este studiul lui D. Rosenhan – „Être sain dans un environnement malade”. În condiţiile în care spitalele psihiatrice învestesc medicii (terapeuţii) cu o putere deplină asupra pacienţilor, iar sistemul de relaţii stabilite în cadrul acestor instituţii ţine totuşi la distanţă cele două categorii de actori sociali, se produce o fracturare a procesului comunicaţional dintre aceştia ; faptul are consecinţe grave asupra personalităţii pacienţilor, din moment ce eticheta diagnostică de tip psihiatric influenţează negativ relaţiile acestora nu numai în cadrul spitalului, ci şi în afara lui.

Psihanalistul, care se doreşte o oglindă perfectă a pacientului, devine deseori, fără să ştie, prizonierul cadrelor de referinţă ale mediului în care se află şi al unor stereotipuri care îşi au originea în teoria la care aderă. Această idee poate fi ilustrată cu situaţia unuia din falşii pacienţi incluşi în amintitul studiu al lui D. Rosenhan. Acesta a afirmat că în prima copilărie a fost foarte aproape de mama sa şi destul de distant de tatăl său ; totuşi, începând cu adolescenţa, între el şi tatăl său s-a dezvoltat o relaţie de

profundă prietenie, în timp ce relaţia cu mama a devenit mai rece ; cu soţia avea relaţii strânse şi calde şi, cu excepţia unor izbucniri ocazionale, nu se certau decât rareori, iar copiii lor primiseră foarte rar câteva palme la fund. Aproape orice cititor adult se poate recunoaşte în acest portret. Iată însă cum a fost interpretată această poveste, în contextul psihopatologic al spitalului :

> *Relaţiile acestui om alb de treizeci şi nouă de ani cu persoanele apropiate (...) sunt marcate începând din prima copilărie de o mare ambivalenţă. Din adolescenţă, relaţia sa cu mama, până atunci strânsă, devine mai distantă. Relaţia cu tatăl său, până atunci distantă, devine dimpotrivă foarte apropiată. Se constată absenţa echilibrului afectiv. Eforturile sale pentru a-şi controla emotivitatea faţă de soţie şi copii sunt întrerupte de accese de mânie ; copiii, cât despre ei, primesc palme la fund. Şi, deşi afirmă că are mai mulţi prieteni buni, se simte că şi aceste relaţii sunt marcate de o profundă ambivalenţă* (D. Rosenhan, 1988, p. 141).

Într-un spital, medicii operează cu termeni categorici aflaţi în opoziţie : normal-patologic, sănătos-bolnav. Medicul percepe bolnavul prin intermediul unei grile ce se doreşte ştiinţifică, obiectivă, care inhibă acestuia din urmă orice manifestare subiectivă, strict personală. Bolnavul nu trebuie să aibă opinii, păreri, iniţiative, ezitări etc. ; el trebuie să relateze fapte, să răspundă cât mai precis la întrebările puse. De altfel, interviul medical conţine mai ales întrebări închise, factuale, ale căror răspunsuri nu evidenţiază aproape deloc ce simte şi gândeşte pacientul.

În cadrul relaţiei psihoterapeutice, terapeutul se interesează în primul rând de „povestea" pacientului ; tăcerile, ezitările, gesturile acestuia ori atributele şi complementele utilizate de el sunt de cele mai multe ori mai importante decât faptele sau acţiunile relatate ; ele evidenţiază atitudini, sentimente, semnificaţii, cereri de ajutor etc. Clientul şi terapeutul negociază sensul, semnificaţia, definiţiile problemelor, regulile relaţiei terapeutice ; aceste reguli vor încuraja anumite comportamente şi vor descuraja altele. Relaţia terapeutică presupune un spaţiu „intersubiectiv", o realitate comună, împărtăşită, în continuă evoluţie. Când interpretarea analistului devine un simplu exerciţiu intelectual, fără vreo legătură cu întrebările fundamentale pe care şi le pune pacientul, atunci terapia devine ineficientă şi inutilă (A.J. Horner, 1985).

Un vechi dicton afirmă că limbajul este oglinda realităţii. Perspectiva social-constructivistă afirmă că, dimpotrivă, cuvintele şi dialogul social

în care limbajul se manifestă construiesc realitatea (McNamee, 1992 ; Wittgenstein, 1953) ; cuvintele vehiculează înţelesuri socialmente construite, iar explicaţiile pe care le propunem în legătură cu noi, cu ceilalţi sau cu situaţiile în care ne aflăm se dezvoltă în cadrul interacţiunii cu ceilalţi.

Neuroprogramarea lingvistică evidenţiază că limitele limbajului sunt limitele „hărţii" pe care individul o are despre realitatea în care se află. Interacţiunea prilejuită de relaţia terapeutică modifică „harta" pacientului prin intermediul unui „dialog transformaţional" (Sexton, Whiston, 1994, p. 67) în care reprezentările şi organizarea informaţiilor de care acesta dispune sunt schimbate prin renegocierea unor noi premise şi semnificaţii.

Pacientul îşi expune „povestea" de cele mai multe ori vorbind, iar cuvintele utilizate de el încurajează anumite comportamente şi descurajează altele, în funcţie de imaginile despre lume şi despre el însuşi pe care acestea le vehiculează. Deseori limbajul implică nu numai un schimb verbal, el este un proces activ al adoptării unor poziţii relaţionale şi al unor secvenţe comportamentale, în funcţie de aspectele importante ale „poveştii" fiecăruia.

Ceea ce Gelso şi Carter (1994) numesc „relaţia nereală", adică manifestările transferenţiale şi contra-transferenţiale din cadrul relaţiei terapeutice, nu reprezintă altceva decât efectul „întâlnirii" a două istorii diferite ; atât pacientul, cât şi terapeutul intră în interacţiune cu credinţele şi aşteptările lor, cu experienţa altor relaţii sociale anterioare. Din perspectiva constructivismului social se poate afirma că aşteptările şi credinţele oamenilor construiesc o anume „realitate", aceasta este menţinută prin intermediul interacţiunii sociale care, la rândul său, confirmă credinţele şi aşteptările socialmente determinate. Astfel, manifestările transferenţiale şi contra-transferenţiale se înscriu într-un proces auto-referenţial.

Din aceeaşi perspectivă a constructivismului social, alianţa terapeutică ar putea fi considerată ca fiind expresia scopurilor împărtăşite ale procesului de coconstrucţie. Nucleul alianţei este acordul privind scopurile şi diversele prescripţii ce orientează şi construiesc intervenţia terapeutică. Această colaborare trebuie să aibă la baza o sinteză a aşteptărilor, credinţelor şi cunoştinţelor celor doi protagonişti : client şi terapeut.

Capitolul V

STRUCTURA VERBALĂ A PSIHOTERAPIEI

Interpretarea, reformularea şi resemnificarea (*reframing*) sunt elementele cele mai importante ale structurii verbale a construcţiei terapeutice. Majoritatea psihoterapiilor îşi propun să „rescrie" istoria pacientului (*history* = *his story*). De cele mai multe ori pacientul trăieşte într-o manieră dramatică prezentul şi viitorul deoarece istoria sa, aşa cum o povesteşte terapeutului, nu-i oferă punctele de sprijin necesare pentru a da existenţei sale sensul pe care şi-l doreşte. Utilizând cele trei tipuri de intervenţie verbală menţionate, terapeutul corectează şi completează „istoria" pacientului, având la bază credinţa în atotputernicia cunoaşterii în procesul deosebit de complex al adaptării umane. Deşi în prezent majoritatea şcolilor terapeutice utilizează, în proporţii diverse, aceste tehnici, apariţia şi dezvoltarea lor s-a făcut pe fondul schimbărilor manifestate în domeniul concepţiilor psihopatologice ale diferitelor şcoli şi al atitudinilor terapeutice (pe axa directiv-non--directiv).

Astfel, interpretarea este tehnica privilegiată a psihanalizei, reformularea a fost consacrată de terapia rogersiană, în timp ce resemnificarea (recadrarea, *reframing*) a fost dezvoltată îndeosebi de către terapia strategică fundamentată de Şcoala de la Palo Alto.

1. Interpretarea

În virtutea acceptării „ipotezei" inconştientului, Freud transformă interpretarea în actul ştiinţific fundamental care asigură accesul la cauzalitatea comportamentului uman. Interpretarea este, după cum remarca D. Lagache, „actul psihanalitic prin excelenţă" care evidenţiază interdependenţa faptelor conform unei concepţii deterministe în care, examinându-se efectele (simptomele), se caută cauzele. Dorind să facă din psihanaliză o ştiinţă asemenea ştiinţelor naturii, Freud utilizează un limbaj dominant explicativ, interpretativ : „Scopul nostru – spune el – este acela al ştiinţei în general : noi vrem să înţelegem fenomenele, să le legăm unele de altele şi, în cele din urmă, să sporim pe cât posibil puterea noastră asupra lor (Freud, 1980, p. 122).

Termenul de interpretare (*cf.* lat. *interpretatio* = explicaţie, lămurire) are, în concepţia psihanalitică, semnificaţia unei operaţii de decriptare, decodificare : transpunerea dintr-un limbaj necunoscut, enigmatic, secret, într-unul inteligibil, clar. Astfel, fobia faţă de cai a micului Hans exprimă o teamă de tată, iar calul a putut fi asimilat cu acesta din cauza dimensiunilor deosebite ale penisului său (Freud). Operaţia a fost în acest caz cal = tată.

În procesul interpretării o noţiune-cheie este cea de *simbol*. Deşi deosebit de importantă, această noţiune este greu de definit deoarece diferitele teorii psihanalitice nu au o concepţie unitară asupra acesteia (A. Collette, 1985). Însuşi Freud este oarecum prudent când se referă la simbol : „Trebuie să convenim că noţiunea de simbol nu este încă net delimitată, că ea se confundă adesea cu cea de substituire, de reprezentare etc., că ea se apropie chiar şi de noţiunea de aluzie" (Freud, 1980, p. 159). Raportul simbolic (raportul ce se stabileşte între elementele inconştiente şi simbolurile lor conştiente) este expresia unei comparaţii nu întotdeauna uşor de evidenţiat : „Esenţa raportului simbolic constă într-o comparaţie... În unele simboluri, comparaţia care le serveşte de bază este evidentă. Există însă altele în legătură cu care suntem obligaţi să ne întrebăm unde trebuie să căutăm factorul comun" (*ibid.*, p. 159).

Simbolul este, în înţelesul grecesc al cuvântului, o „enigmă" ; pentru psihanalist nu este vorba de o enigmă ce blochează gândirea, ci de una care o provoacă.

În procesul interpretării, analistul împleteşte argumentaţia logică cu formularea unor ipoteze ori cu sugestiile subtile sau aluziile. Lupta împotriva rezistenţelor implică, între altele, arta analistului de a se apropia de „adevărul" mascat de fantasmele pacientului, formulând sau reformulând ipoteze care să-l apropie pas cu pas de obiectivul urmărit. Ipoteza ca atare nu este nici adevărată, nici falsă ci doar mai mult sau mai puţin utilă. Chiar o ipoteză care se dovedeşte falsă, furnizează informaţii prin faptul că elimină un anumit număr de variabile care până atunci păruseră posibile. Din cauza acestei funcţii de categorizare a informaţiei şi experienţei, ipoteza ocupă o poziţie privilegiată în munca analistului : „În stadiile ulterioare ale travaliului analitic, este util de a face ipoteze privind conexiunile şi de a le împărtăşi bolnavului chiar înainte de a le descoperi cu adevărat. Căci, dacă ideea este justă, se accelerează derularea curei ; dar ne ajutăm pe noi înşine chiar cu o falsă ipoteză, obligând bolnavul să ia o anumită poziţie faţă de ea şi reţinând negările lui energice care trădează tocmai o mai bună şi mai sigură cunoaştere". Cu uimire ne dăm seama că nu este vorba de a impune bolnavului ceva anume cu privire la lucrurile pe care el pretinde că nu le cunoaşte, nici de a influenţa descoperirile analizei activându-i aşteptările (Widlocher, 1970, p. 32).

În lucrarea sa privind interpretarea psihanalitică, P. Ricoeur, după ce evidenţiază două surse epistemologice majore ale interpretării (*Metafizica* lui Aristotel şi exegeza textelor biblice), afirmă că există „două interpretări ale interpretării, una ca recuperare a sensului, cealaltă ca reducere a iluziilor şi minciunilor conştiinţei" (1998, p. 42). Interpretând, psihanalistul

evidenţiază sensul primar al discursului pacientului, „demolând", în cadrul unui travaliu de lungă durată, iluziile, minciunile şi fantasmele provocate de mecanismele de apărare ale eului.

Declarând conştiinţa o „falsă conştiinţă", Freud (alături de Marx şi Nietzsche) se înscrie pe linia îndoielii carteziene. Însă în timp ce îndoiala promovată de filosofia lui Descartes viza doar cunoaşterea lucrurilor exterioare nouă, Freud pune sub semnul îndoielii însăşi conştiinţa! Conştiinţa nu este ceea ce pare că este, iar conştiinţa de sine trece în mod abuziv drept cunoaştere de sine. Făcând această afirmaţie, Freud este în acord cu Husserl şi Bergson. Acesta din urmă consideră că mişcarea spontană a conştiinţei este spre exterior, spre adaptarea acţiunii la condiţiile prezente; întoarcerea spre fiinţa proprie nu-i este naturală. Ulterior, J. Piaget este chiar mai explicit în această privinţă. Din punct de vedere cognitiv, spune el, priza de conştiinţă este centrată pe rezultatele exterioare ale acţiunii şi nu furnizează informaţii suficiente nici asupra mecanismelor acestei acţiuni, nici în general asupra mecanismelor interne ale vieţii mentale; din punct de vedere afectiv ea are ca funcţie esenţială constituirea şi întreţinerea unor valorizări utile echilibrului interior, dar nu ne informează despre legile acestui echilibru.

Dacă conştiinţa nu este ceea ce se crede că este, un nou raport trebuie instituit între manifest şi latent; acest nou raport ar corespunde celui pe care conştiinţa l-a instituit între aparenţa şi realitatea lucrurilor. De aceea travaliul psihanalitic este centrat pe raportul ascuns-dezvăluit, inconştient--conştient sau, dacă preferăm, simulat-manifest.

O terapie psihanalitică bine condusă determină pacientul ca, în final, să facă al său sensul care iniţial îi era străin, lărgindu-şi astfel sfera conştiinţei; el devine, prin aceasta, ceva mai liber şi, poate, ceva mai fericit. Unul dintre primele omagii aduse psihanalizei vorbeşte despre „vindecarea prin conştiinţă". Această formulă este corectă, spune P. Ricoeur, cu condiţia de a spune că „analiza vrea să substituie unei conştiinţe imediate şi disimulante o conştiinţă mediată şi instruită conform principiului realităţii" (1998, p. 45).

Prin interpretare, analistul decriptează discursul pe care pacientul i-l ţine, comportamentul lui locutoriu, „fabulator", şi ajunge să configureze lent, pentru el, un alt discurs pe care va avea sarcina să-l expliciteze, acela al complexului reprimat în inconştient. Analiza socoteşte deci discursul pacientului drept interpret al unui alt „limbaj" care îşi are regulile lui, simbolurile şi sinteza proprie şi care trimite la structurile profunde ale psihismului[4].

---

4. J. Lacan afirmă că inconştientul este structurat ca un limbaj.

Deşi se spune, în mod frecvent, că interpretarea transformă inconştientul în conştient, totuşi nici o perfecţionare în conştientizarea obişnuită nu poate suplini tehnica analitică, pentru că, spune Freud, problema nu este de a înlocui ignoranţa prin cunoaştere, ci aceea de a învinge rezistenţele. Comunicarea unei interpretări este inutilă atâta vreme cât ea nu se poate insera în ***travaliul conştientizării***. Mai mult, dacă o astfel de comunicare are loc prea curând, nu va avea ca efect decât consolidarea rezistenţelor. Există deci o dinamică a tratamentului, potrivit căreia factorul pur intelectual al înţelegerii se încorporează în calitate de factor important şi subordonat lichidării rezistenţelor (inclusiv a rezistenţelor la interpretare). Din această perspectivă, arta de a interpreta este subordonată tehnicii analitice, din moment ce ea este definită prin lupta împotriva rezistenţelor. Într-adevăr, dacă există ceva de interpretat este pentru că există o deformare a ideilor devenite inconştiente, iar deformarea este expresia rezistenţelor ce se opun reproducerii lor conştiente. Prin urmare, regulile interpretării sunt ele însele o parte a artei de a manevra rezistenţele. Există şi situaţii în care arta de a interpreta trebuie sacrificată net în beneficiul strategiei anti-rezistenţe. Astfel, Freud recomandă debutanţilor să nu facă din interpretarea exhaustivă a viselor un scop în sine, riscând să cadă în capcana rezistenţelor, care se vor servi de încetineala interpretării ca de o întârziere în tratament.

Analiza nu este un „travaliu" doar pentru analist, ea este, în egală măsură, un travaliu pentru pacient – travaliul conştientizării, al „eliberării" sale. Freud utilizează termenul de ***perlaborare*** pentru a desemna această muncă susţinută a pacientului cu rezistenţele sale, muncă dirijată cu ajutorul interpretării şi al transferului.

Psihanaliza, în ansamblul ei, precum şi interpretarea ca metodă principală a acesteia au fost supuse unor numeroase critici. Vorbind despre interpretare, P. Ricoeur face o pertinentă trecere în revistă a acestor critici precum şi a încercărilor „interne" de reformulare a unor concepte psihanalitice pe care le respinge considerând că, în egală măsură critici şi reformulări, nu sesizează adevărata natură a „realităţii" psihice cu care lucrează psihanaliza.

Iată două din punctele de vedere critice referitoare la interpretarea psihanalitică :

1) „Se spune că interpretarea e metoda principală a psihanalizei [...]. Or, în ce condiţii o interpretare este validă ? Pentru că este coerentă, sau pentru că pacientul o acceptă, sau pentru că ameliorează starea bolnavului ? Dar mai întâi ar trebui ca interpretarea să aibă un caracter de obiectivitate ; pentru aceasta ar fi necesar ca o serie

de cercetători independenţi să aibă acces la acelaşi material, în circumstanţe codificate cu grijă. Ar trebui apoi să existe proceduri obiective pentru a tranşa între interpretările rivale ; ar mai trebui ca interpretarea să lase loc unor previziuni verificabile. Or, psihanaliza nu este în stare să satisfacă aceste cerinţe : materialul ei aderă la relaţia singulară dintre analist şi analizat ; nu putem îndepărta îndoiala că interpretarea este impusă faptelor de interpretat în absenţa unei proceduri comparative şi a investigării «statistice». Aceste afirmaţii aparţin lui E. Nagel şi au fost prezentate cu ocazia unui simpozion ţinut la Washington în 1958 pe tema «Psihanaliză, metodă ştiinţifică şi filosofie»" (*cf.* P. Ricoeur, 1998, p. 370).

2) Următoarele consideraţii critice pe care ne-am propus să le prezentăm îşi au originea în teoria behavioristă. Din această perspectivă, teoria psihanalitică nu marchează, din punct de vedere epistemologic, un progres decisiv faţă de animism şi concepţiile derivate din acesta :

„Schema explicativă a lui Freud, scrie Skinner, urmează modelul tradiţional, care te invită să cauţi o cauză a comportamentului uman în interiorul organismului" (*cf.* P. Ricoeur, 1980, p. 377). Această construcţie explicativă utilizează variabile neobservabile şi asupra cărora nu se poate acţiona.

Punctul vulnerabil al acestor critici, consideră P. Ricoeur, este acela că pornesc de la ideea că orice psihologie ştiinţifică – inclusiv psihanaliza – ar trebui să fie o ştiinţă a observaţiei. Or, „vorbind în mod absolut, în psihanaliză nu există «fapte» pentru că aici nu se observă, ci se interpretează" (*ibid.*, p. 390). „Faptul psihologic" este un ansamblu de semnificaţii ; sensul unui „fapt psihologic" este dat printr-un sistem de semnificaţii trăite de subiectul care este implicat în el, inclusiv prin contextul uman în care el apare. „Realitatea" nu este ca în psihologia comportamentistă ordinea stimulilor, aşa cum îi cunoaşte experimentatorul, ea este ***sensul adevărat*** la care trebuie să ajungă pacientul străbătând întunecatul labirint al fantasmelor.

În ceea ce priveşte variabilele de mediu, a căror neluare în considerare o critică Skinner – ele nu sunt pentru analistul faptelor ceea ce sunt pentru observatorul exterior ; ceea ce-l interesează pe analist – spune P. Ricoeur – sunt dimensiunile mediului aşa cum îi „apar" ele subiectului ; pertinent pentru el nu este faptul, ci sensul pe care faptul l-a dobândit în istoria subiectului. „Realitatea rămâne mereu de interpretat", afirmă P. Ricoeur (1998, p. 396) – sublinind ideea că „realitatea" pacientului este o construcţie continuă ce prinde contur în cadrul relaţiei analitice.

În analiza şi interpretarea realităţii psihice astfel definite putem vorbi despre *cauze* ; relaţia cauzală poate descrie relaţia de determinare ce există între fapte observabile, dar este improprie pentru descrierea şi interpretarea unui sistem de semnificaţii. Psihanaliza îşi realizează construcţiile explicative apelând la ***motive***, dar „deoarece câmpul topic e decalat în raport cu orice conştientizare, explicaţia ei seamănă cu o explicaţie cauzală, fără a se confunda vreodată cu aceasta altfel decât riscând să-şi reifice toate noţiunile şi să mistifice însăşi interpretarea" (*ibid.*, p. 385).

Totuşi, evidenţierea opoziţiei dintre motiv şi cauză nu rezolvă problema epistemologică ridicată de discursul freudian : acesta este reglat de un alt tip de a fi pe care P. Ricoeur îl numeşte ***semantica dorinţei***. Acesta afirmă categoric : „Teoria psihanalitică are drept funcţie plasarea travaliului de interpretare în regiunea dorinţei" (1998, p. 400).

Dorinţa este o modalitate de a ne raporta la ceilalţi, iar toate raporturile noastre cu lumea au o constituire intersubiectivă. Constituirea intersubiectivă a dorinţei reprezintă adevărul profund al teoriei freudiene a libidoului, spune P. Ricoeur. Niciodată Freud nu a descris pulsiunea în afara unui context intersubiectiv ; nu ar exista nici refulare, nici cenzură, nici împlinire a dorinţei în mod fantasmatic, dacă dorinţa nu s-ar afla în situaţie interumană. Dacă ceilalţi sunt, în primul rând, purtători ai interdicţiei, am putea spune că dorinţa întâlneşte altă dorinţă chiar şi sub forma dorinţei ce se refuză. În relaţia analitică putem găsi toate problemele constituirii dorinţei. De aceea, „pe de o parte, structura intersubiectivă a dorinţei face posibilă investigarea dorinţei în relaţia transferenţială", iar pe de alta, „relaţia analitică poate repeta istoria dorinţei, pentru că ceea ce vine spre vorbire în câmpul discursului de realizat este dorinţa, în măsura în care ea era la origini o cerere către un altul" (*ibid.*, p. 415).

Argumentele lui P. Ricoeur privind specificitatea şi validitatea interpretării psihanalitice sunt pertinente şi nu putem să nu-i dăm dreptate în bună măsură. Rămâne totuşi o întrebare : De ce, dacă întreaga construcţie explicativă a psihanalizei se situează la nivelul semnificaţiilor unde nu putem utiliza relaţii cauzale (specifice ştiinţelor fizice), conceptul de ***energie*** – concept central al fizicii – are un loc privilegiat în interpretarea psihanalitică ?

Bateson a insistat în mod deosebit asupra faptului că a lua energia ca bază explicativă a comportamentului uman înseamnă a utiliza o analogie fizică inadecvată pentru fenomenele studiate.

Deşi pentru teoriile psihodinamice energia nu este considerată ca o cantitate fizică „reală", ci mai degrabă ca o metaforă, această metaforă îşi

evidenţiază limitele când este introdusă în construcţii explicative. Astfel, se vorbeşte – ca în fizică – despre energie blocată sau descărcată, canalizarea sa, rezervă de pulsiuni etc. Analogia cu teoria energiei din fizica tradiţională nu permite explicarea caracteristicilor specifice organismelor vii, în mod deosebit a proceselor recursive. Incapabilă să încorporeze în construcţiile sale conceptul cauzalităţii circulare, interpretarea psihanalitică ajunge în cele din urmă să explice prezentul doar prin trecut deşi, în mod evident (pentru alte şcoli terapeutice), comportamentul prezent al pacientului este în funcţie şi de imaginea pe care acesta o are despre viitor. Am putea spune, parafrazându-l pe P. Ricoeur, că semantica dorinţei trebuie completată cu semantica speranţei!

2. Reformularea

A reformula înseamnă a spune cu alţi termeni într-o manieră mai concisă sau mai explicită ceea ce clientul (pacientul) tocmai a exprimat. O reformulare este corect efectuată şi devine eficientă doar în măsura în care întruneşte acordul celui căruia îi este destinată.

Teoretizată îndeosebi de către C. Rogers, reformularea – tehnică de bază în terapia centrată pe client – îşi are originea în concepţia generală a acestuia despre om.

A considera acordul clientului criteriul principal al validităţii reformulării înseamnă a-l considera pe acesta „expert" în problema sa : clientul este cea mai informată persoană în legătură cu situaţia pe care o trăieşte. Prin urmare, el ştie exact despre ce vorbeşte. Această concepţie se situează la polul opus concepţiei psihanalitice conform căreia subiectul este inconştient de adevărata natură a problemei sale. De altfel, pe această idee promovată de psihanaliză se bazează ideea atotputerniciei intuiţiei psihologului.

În acord cu ideea că terapeutul trebuie să adopte o atitudine pozitivă necondiţionată în relaţia sa cu clientul – una din condiţiile necesare ale unei terapii eficiente în concepţia lui C. Rogers – reformularea implică credinţa că orice comportament uman are o logică specifică şi că toate reacţiile afective, comportamentale, verbale etc. au o semnificaţie anume care se dezvăluie doar în cadrul universului intim al fiecăruia dintre noi. De aceea sarcina terapeutului este aceea de a asculta, a înţelege şi a returna clientului un mesaj care să fie expresia acestei înţelegeri.

Astfel, terapeutul face din client un partener deoarece reformularea implică deopotrivă *reflexie activă* din partea terapeutului, dar şi din partea

clientului. Acest tip de relaţie are la bază încrederea în capacitatea de autocunoaştere şi în puterea de autoreglare finală a omului prin el însuşi.

Reamintind că o reformulare validă este cea care întruneşte acordul clientului, am putea rezuma astfel consecinţele imediate ale acesteia:

- terapeutul este sigur că nu a introdus nimic în plus de natură interpretativă în mesajul pe care i l-a transmis clientul;
- cu cât clientul se recunoaşte mai uşor în reformularea terapeutului, cu atât mai mult va avea sentimentul că este ascultat şi înţeles şi se va angaja mai activ în relaţia terapeutică;
- o bună reformulare este o bună dovadă şi că terapeutul însuşi este activ implicat în relaţia terapeutică, ascultă şi înţelege.

Analizând reformularea în concepţia lui C. Rogers, R. Mucchielli (1994) evidenţiază trei procedee principale ale acesteia cu efecte progresive care vor fi prezentate în cele ce urmează.

2.1. Reformularea-reflectare

Ea reia o secvenţă importantă a discursului ori ultimele cuvinte care sunt urmate de o pauză mai lungă. Putem astfel să evidenţiem ideile importante şi să facem o invitaţie la continuarea discursului. Procedând astfel dovedim clientului că înţelegem şi gândim *împreună* cu el.

Modul cel mai simplu al acestui tip de reformulare este ***răspunsul ecou***.

Exemplu:

Pacientul: *...Şi eram foarte deprimat... (pauză)*

Terapeutul: *...Înţeleg... Eraţi foarte deprimat...*

Utilizarea lui în exces ar putea sfârşi prin a crea clientului impresia unui efort superficial de înţelegere. De aceea reformularea care utilizează *alţi termeni*, consideraţi ca echivalenţi, este superioară în măsura în care evidenţiază un efort real de înţelegere, este vorba de solicitarea unui feed-back, de verificare a unei informaţii. Terapeutul stabileşte dacă a înţeles bine sau nu: astfel..., după dumneavoastră..., vreţi să spuneţi că..., cu alţi termeni...

Exemplu:

Pacientul: *...Şi eram foarte deprimat... (pauză)*

Terapeutul: *... Vreţi să spuneţi că felul cum v-a privit v-a necăjit foarte mult... ?*

Însă modul cel mai complex al acestui tip de reformulare este *reformularea-rezumat* care îşi propune să evidenţieze, pentru client, aspectele esenţiale ale mesajului său. Există riscul ca rezumând să interpretăm!

De aceea terapeutul trebuie să sublinieze aspectele esenţiale, păstrând cadrul de referinţă propus de client.

Exemplu :

Clientul : *Problema, cu acest gen de sentimente plăcute, este că mă simt nefericit pentru că ştiu că, după aceste extraordinare momente de împrospătare a forţelor, voi recădea în starea de depresie.*

Terapeutul : *Dacă înţeleg bine, vă spuneţi că aceste reacţii tonice sunt pasagere şi acest fapt vă interzice orice satisfacţie.*

2.2. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond

Acest procedeu îşi are originea în teoria gestaltistă şi exprimă foarte bine concepţia rogersiană privind „restructurarea câmpului". La fel ca în percepţia figurilor duble în care, în funcţie de focalizarea atenţiei, alternativ, obiectul percepţiei devine fond, iar fondul obiect al percepţiei, acest tip de reformulare inversează raportul „figură-fond" al unei situaţii. Ea evidenţiază aspectele implicite ale unei propoziţii.

Exemplu :

Pacientul : *...Sunt singurul din clasă care nu face nimic niciodată bine !*

Terapeutul : *...După părerea dumneavoastră toţi ceilalţi reuşesc mai bine decât dumneavoastră ?*

Această intervenţie, deşi nu scoate şi nu introduce nimic nou în mesajul iniţial, provoacă clientul să-şi perceapă situaţia sub un alt unghi, să-şi precizeze sau să-şi modifice ideile. De câte ori nu se spune că nu vedem pădurea din cauza copacilor ori copacul din cauza pădurii ! De câte ori oamenii nu rămân ***prizonierii unui anumit punct de vedere***, al unui anumit aspect al situaţiei !

Apariţia bruscă a unui alt raport între elementele situaţiei poate provoca stări afective intense şi accentuează o priză de conştiinţă mai reflexivă asupra situaţiei. Având în vedere stările afective ce pot însoţi acest tip de reformulare, şi care nu totdeauna pot fi benefice pentru evoluţia terapiei, terapeutul trebuie să aibă o atitudine şi un ton empatice.

2.3. Reformularea-clarificare

După cum spuneam în primele rânduri ale acestui capitol, de foarte multe ori „povestea" pacientului este confuză, fără sens, neorganizată. Prin clarificare – tipul cel mai complex, dar şi cel mai dificil de reformulare – terapeutul evidenţiază şi returnează spre client sensul mesajului pe care acesta l-a emis. Mucchielli dă un bun exemplu de astfel de reformulare.

Exemplu :

Clientul : *Cumnatul meu este un tip literalmente plin de pretenții. După el, numai persoana lui contează. Numai el are ceva de spus. Imediat ce apare, conversația este monopolizată de el. Pot să urez bună seara la toată lumea și să plec.*

Terapeutul : *Nodul problemei nu sunt atât aceste maniere... cât faptul că ele, într-un fel sau altul, vă deranjează, ajung să vă elimine.*

Reformularea favorizează un dialog autentic între doi actori sociali, dialog ce se desfășoară într-un deplin respect față de punctul de vedere al celuilalt. Terapeutul trebuie să fie capabil să recunoască sentimentele sau semnificațiile exprimate de client în cadrul unui discurs liber, fără constrângeri impuse de terapeut în ceea ce privește durata, tema dialogului etc. Ele sunt recunoscute și acceptate ca exprimând un punct de vedere subiectiv și tocmai acest punct de vedere trebuie înțeles ; înțelegerea acestui punct de vedere implică și acceptarea responsabilității clientului referitoare la situația descrisă, concomitent cu păstrarea de către terapeut a unei atitudini pozitive necondiționate asupra acestuia, care se simte astfel înțeles și neacuzat, neevaluat.

După această scurtă trecere în revistă a tehnicilor de reformulare, putem rezuma astfel utilitatea lor (Mucchielli, 1994, p. 50). Deși utilă, simpla reflectare este insuficientă ; ea dovedește centrarea atenției asupra clientului și este, în calitatea de oglindă, o reflexie obiectivată. În măsura în care reformularea este corectă, clientul este obligat să se recunoască în această imagine ce-i este furnizată din exterior ; acest fapt are un impact reflexiv și-i furnizează sentimentul că este înțeles și ascultat. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond este, de fapt, o nouă formulare ce evidențiază aspectele implicite ale mesajului ; ea realizează un pas înainte față de tehnica precedentă, deoarece dă un nou sens acelorași fapte subiective și păstrează clientul în centrul acestui nou sistem de semnificații. În sfârșit, reformularea-clarificare, cu ajutorul unui rezumat clar, coerent, extrage din discursul clientului aspectele experențiale esențiale pe care acesta le recunoaște ca fundamentale pentru el, deși nu le-a formulat niciodată ca atare.

În ultimii ani, neuroprogramarea lingvistică furnizează un meta-model care permite depășirea limitelor structurii superficiale a limbajului și accesul la structura profundă a mesajului. Tehnicile care alcătuiesc acest meta-model completează reformularea rogersiană și are, în general, același scop : evidențierea sensurilor implicite (nu totdeauna conștientizate), înțelegerea clientului, a imaginii pe care acesta o are despre „realitate”, precum și a limitelor acestei imagini.

3. Resemnificarea

Acest tip de intervenţie poate fi uşor ilustrat cu ajutorul bine cunoscutei butade conform căreia, în faţa aceluiaşi pahar cu apă, pesimistul vede partea goală, iar optimistul, partea plină ! De altfel, majoritatea glumelor reuşite (a „bancurilor") au la bază un astfel de procedeu : ele implică luarea unui obiect sau a unei situaţii şi transpunerea lor neaşteptată într-un alt context, ori atribuirea unor semnificaţii neaşteptate.

Resemnificarea[5] presupune „schimbarea contextului conceptual şi/sau emoţional al unei situaţii sau al perspectivei din care ea este trăită, plasând-o într-un alt cadru, care corespunde la fel de bine sau chiar mai bine «faptelor» acestei situaţii concrete, al cărei sens, prin urmare, se schimbă complet" (Watzlawick, Weakland şi Fisch, 1975, p. 126).

Utilizând resemnificarea aderăm la filosofia constructivistă conform căreia „harta nu este teritoriul" (Korzybski) ; într-adevăr, operaţia de recadrare are loc la nivelul *meta-realităţii*, unde schimbarea se poate produce chiar dacă condiţiile obiective ale situaţiei rămân neschimbate ; putem schimba grila de lectură, sistemul de referinţă şi „realitatea" ne oferă altă imagine. Acest adevăr nu este de dată recentă ; el are rădăcini în filosofia antică şi este regăsit, multe secole mai târziu, în opera lui Shakespeare : „Nu există lucruri bune sau rele, gândirea noastră le face astfel".

Semnificaţia fiecărui eveniment depinde de cadrul în care este plasat. Când schimbăm cadrul, schimbăm şi semnificaţia evenimentului ; schimbarea semnificaţiei antrenează schimbări în comportamentul nostru. De aceea, recadrarea evenimentelor furnizează o mai mare libertate şi multiplică alternativele comportamentale.

În terapia strategică promovată de Şcoala de la Palo Alto, resemnificarea este o intervenţie deosebit de utilă, deoarece permite terapeutului să orienteze pacientul spre o gamă întreagă de conduite posibile ; nu este vorba de a găsi un adevăr exterior pacientului, comportamentul bun ce trebuie prescris, ci de a deschide calea utilizării unor soluţii noi, originale. Prin resemnificare nu ne propunem să furnizăm pacienţilor nişte ochelari cu lentile roz, cu care să privească realitatea şi să descopere doar partea plină

5. „Reframing" (engl.), „recadrage" (fr.) ; traducem acest termen prin *resemnificare*, accentuând astfel efectul acestui tip de intervenţie : schimbând cadrul de referinţă, „recadrând" un comportament, evidenţiem *noi semnificaţii*, propunem o altă grilă de lectură a realităţii.

imaginativ

a paharului ; problemele nu dispar spontan, dar cu cât imaginea noastră despre ele este mai completă şi cu cât avem mai multe alternative de a le aborda, cu atât mai mult creşte posibilitatea de a le rezolva.

Prezentăm câteva exemple de resemnificare a unor trăsături de personalitate, comportamente, credinţe etc. (*cf.* 1, Wilkinson, 1998, p. 67) (tabelul 5).

Tabelul 5 – *Exemple de resemnificare*

Caracteristici individuale	
– închidere în sine	/ gânditor
– slab, temător	/ sensibil
– nefericit, se indispune uşor	/ sensibil, milos, compătimitor
Comportamente	
– solicită atenţia celorlalţi	/ „se simte bine” cu oricine
– comportament argumentativ, agresiv	/ pasionat, înflăcărat
Credinţe	
– totdeauna doreşte să argumenteze	/ gândeşte că dezbaterea este un lucru bun
– nevoia de a controla	/ crede în asumarea responsabilităţii
Factori cauzali	
– vede totdeauna probleme	/ „clopoţel de alarmă”
– solicită atenţia celorlalţi	/ capacitatea de a abate gândurile oamenilor de la problemele lor
Efecte	
– determină discuţii în contradictoriu	/ este interesat de problema ta
– face presiuni asupra altora	/ testează cât de hotărâţi sunt

Deşi practicarea resemnificării solicită din partea terapeutului experienţă şi „intuiţie”, acesta trebuind să sintetizeze o mare cantitate de informaţii, „un recadraj nu reuşeşte decât dacă ţine cont de opiniile, aşteptările, motivaţiile, ipotezele – într-un cuvânt, de cadrul conceptual al celui căruia trebuie să-i schimbăm problemele” (Watzlawick, Weakland şi Fisch, 1975, p. 125). Prin urmare, utilizarea resemnificării presupune ca terapeutul să înveţe limbajul pacientului (ceea ce este mult mai uşor decât invers), să utilizeze forţa simptomului, a credinţelor acestuia, ca într-un „judo psihologic”. Watzlawick subliniază faptul că recadrajul nu atrage atenţia asupra unui lucru anume – nu produce o priză de conştiinţă, ci ***învaţă pacientul un nou joc*** care îl face pe cel vechi caduc. Pacientul „vede acum ceva altfel şi nu mai poate continua să joace naiv” ca şi cum nu ar cunoaşte şi celelalte faţete ale situaţiei. Astfel, contrazicând pe cineva care afirmă sentimente

şi gânduri negative faţă de el însuşi, nu facem decât să-l provocăm la organizarea argumentelor necesare susţinerii credinţelor sale ; dacă evităm acest fapt şi iniţiem un „joc" în care suntem de acord cu el, sunt mai multe şanse ca acesta să descopere el însuşi alternative rezonabile la credinţele sale. De altfel, de câte ori nu reuşim să ieşim, în cele din urmă, dintr-o situaţie problematică spunând „tot răul spre bine ! " (în România post-decembristă sunt cazuri în care intrarea în şomaj a făcut din unele persoane oameni de afaceri prosperi !).

În lucrarea amintită, Watzlawick *et al.* (1975, p. 161) prezintă cazul unui elev de liceu căruia i s-a interzis temporar să intre în clădirea şcolii unde studia şi care a decis să se răzbune învăţând cât mai puţin posibil. Acceptând ideea răzbunării, terapeutul propune un alt „joc". Astfel, mama elevului, sfătuită de terapeut, l-a făcut pe acesta să valorizeze atitudinea sa iniţială ca venind în întâmpinarea dorinţei profesorului „care, fără îndoială, l-a exclus pentru a-l putea lăsa repetent". Elevul a înţeles că se poate răzbuna muncind mai bine pentru a-i demonstra profesorului că nu-l poate lăsa repetent.

La baza resemnificării, recadrării, găsim distincţia între comportament şi intenţie, adică distincţia între ceea ce facem şi ceea ce încercăm să realizăm prin comportamentul respectiv. Deseori comportamentele noastre nu au efectul dorit. Exemplul anterior evidenţiază bine acest fapt. Putem menţiona şi altele : de pildă, o mamă poate să se afle într-o stare de îngrijorare continuă cu privire la familia sa. Este felul ei de a-şi manifesta dragostea faţă de cei apropiaţi, deşi familia găseşte acest comportament indezirabil, neplăcut, greu de suportat. Sau, alt exemplu, un bărbat poate încerca să-şi demonstreze dragostea pentru familia sa făcând, la serviciu, cât mai multe ore suplimentare, în timp ce familia sa ar dori să-şi petreacă mai mult timp acasă, chiar dacă aceasta ar implica mai puţini bani.

Resemnificarea se poate realiza fie prin recadrarea contextului, fie prin recadrarea conţinutului (J. O'Connor, J. Seymour, 1995, pp. 145, 146).

Recadrarea contextului porneşte de la ideea că aproape toate comportamentele noastre sunt, sau au fost utile într-un anume context spaţio-temporal, altfel ele nu ar persista. M. Erickson afirmă că simptomul însuşi nu este altceva decât un comportament care, într-un anumit moment, a avut caracter adaptativ, a fost cea mai bună soluţie la care a ajuns pacientul, comportament care ulterior a fost menţinut, generând problemele pe care pacientul le acuză, întrucât contextul iniţial s-a schimbat.

Pentru a realiza această recadrare trebuie să ne punem următoarele întrebări : „Când anume acest comportament ar fi util ?" şi „în ce situaţie acest comportament ar constitui o resursă ?".

Recadrarea contextuală realizează o conotaţie pozitivă a unor însuşiri sau comportamente, consolidând astfel alianţa terapeutică şi facilitând achiziţia unor noi comportamente mai adecvate situaţiei prezente. De exemplu, unui părinte hiperprotectiv i se poate spune că grija deosebită manifestată faţă de copil a fost benefică pentru dezvoltarea lui, dar acum, când acesta a devenit deja un bărbat, el poate apela la forme mai subtile de protecţie şi control pe care „copilul" să nu le observe!

Acest tip de recadrare se realizează, în mod frecvent, şi cu ajutorul metaforelor terapeutice. În acest context ne putem aminti de „Povestea lui Harap Alb" unde însuşirile caricaturale ale unor personaje – Setilă, Gerilă, Flămânzilă, Păsări-Lăţi-Lungilă – s-au dovedit a fi în cele din urmă resurse surpriză care i-au asigurat succesul eroului principal.

Recadrarea conţinutului. Istoria fiecăruia dintre noi nu este alcătuită din fapte, evenimente, ci din semnificaţiile pe care le atribuim acestora. Un insucces poate fi trăit ca o înfrângere dramatică, sau poate fi o „lecţie" care să ne orienteze în acţiunile noastre viitoare!

Pentru realizarea acestui tip de recadraj putem utiliza următoarele întrebări :

„*Ce altă semnificaţie ar putea avea aceasta* ?".

„*Care este valoarea pozitivă a acestui comportament* ?".

„*Cum altfel aş putea descrie acest comportament* ?".

Toate exemplele de resemnificare menţionate în tabelul anterior (după I. Wilkinson) au la bază recadrarea conţinutului.

Utilizând acest tip de recadraj, unei paciente care a dezvoltat o serie de manifestări depresive, consecutive unui accident grav suferit de un prieten apropiat, şi care s-au dovedit rezistente la chimioterapia obişnuită, i-am spus următoarele : „Fiecare dintre noi ajunge, mai degrabă sau mai târziu, să-şi pună întrebări fundamentale : «Ce este viaţa ?», «Ce este moartea ?», «Merită viaţa să fie trăită ?» etc. Pentru dumneavoastră, acum a venit vremea acestor întrebări. Depresia este felul dumneavoastră de a medita la aceste întrebări fundamentale. Prin urmare, nu are rost să luptaţi împotriva depresiei ; mai important este să fiţi atentă la gândurile, răspunsurile care vă vin în minte".

Conotaţia pozitivă a simptomului este o etapă necesară în abordarea paradoxală a acestuia ; într-adevăr, nu putem prescrie simptomul, non--schimbarea, decât dacă evidenţiem valoarea pozitivă a acestuia.

Utilizată acum în mod frecvent de terapeuţii care aderă la paradigma sistemică, ***conotaţia pozitivă*** este un procedeu dezvoltat îndeosebi în cadrul

terapiei familiale practicate de reprezentanţii Şcolii de la Milano. În concepţia acestora, conotaţia pozitivă este un recadraj oferit familiei sub forma unor concluzii la sfârşitul unei întâlniri terapeutice ; terapeutul rezumă şi reinterpretează ansamblul de informaţii obţinute, într-o manieră care diferă de credinţele actuale ale familiei. Comportamentele *fiecăruia* dintre membrii familiei sunt relaţionate în aşa fel încât ele, definite până atunci de către familie ca problematice, sunt redefinite de către terapeut ca necesare sau benefice pentru funcţionarea actuală a familiei. Totuşi, nu comportamentul simptomatic în sine este conotat pozitiv, ci *relaţia* sa cu alte comportamente importante.

G. Salem (1997), într-o lucrare de psihoterapie familială, distinge două categorii de recadraj, în funcţie de scopul terapeutic şi de gradul de accesibilitate pentru pacient :

1) *recadrajul cu semnificaţie deschisă* : acestea sunt comentarii logice, uşor de înţeles de către pacient şi/sau membrii familiei ;
2) *recadrajul cu semnificaţie ascunsă* : comentarii aparent absurde şi ilogice care derutează pacientul şi/sau sistemul familial.

Resemnificările deschise, în cadrul terapiei familiale, cuprind majoritatea comentariilor de inspiraţie sistemică realizate de terapeut pentru redefinirea naturii conflictului, a unei relaţii etc.

Resemnificările mascate, ascunse au fost, în mod deosebit, studiate de adepţii modelului sistemic. Exemplul tipic al acestei categorii de resemnificare este *conotaţia pozitivă*, amintită mai înainte. Semnificaţia vehiculată de conotaţia pozitivă a simptomului are un caracter paradoxal şi maschează adevărata intenţie a terapeutului. Procedând astfel, terapeutul pare să ignore deliberat cererea de schimbare pe care o exprimă, indirect, simptomul. De fapt, scopul terapeutului este acela ca, prin prescrierea simptomului, acum conotat pozitiv, să dezechilibreze şi mai mult sistemul familial, până la punctul în care, în virtutea tendinţelor sale homeostatice, familia să acţioneze contrar prescripţiei terapeutice. Acest aspect este discutat pe larg în capitolul dedicat prescripţiilor paradoxale.

4. Arta de a pune întrebari : un meta-model pentru limbaj

În bună măsură, activitatea psihoterapeutului constă în a explora limitele imaginii pe care o are pacientul despre realitatea în care trăieşte şi de a-i completa această imagine mărindu-i astfel posibilităţile de alegere. Limitele reprezentării sale sunt limitele limbajului utilizat pentru a o descrie.

Meta-modelul pentru limbaj este unul din primele modele realizate de fondatorii neuroprogramării lingvistice, J. Grinder şi R. Bandler. Modelul propus de acesta este un *meta*-model deoarece utilizează limbajul pentru a evidenţia limitele limbajului. Acest model valorifică în egală măsură experienţa unor terapeuţi de excepţie (F. Perls, V. Satir, M. Erickson), regulile de funcţionare ale limbajului propuse de gramatica generativă transformaţională, şcoală al cărei reprezentant cel mai cunoscut este N. Chomski, precum şi o serie de idei lansate de A. Korzybski.

Pentru a înţelege Meta-Modelul, un instrument care facilitează accesul la înţelegerea mai profundă a ceea ce oamenii spun, trebuie să ştim că traducerea universului nostru interior în cuvinte nu este o operaţie uşoară. Universul nostru interior este alcătuit din imagini, trăiri (senzaţii, emoţii etc.), cuvinte. Imaginile transportă simultan o foarte mare cantitate de informaţii, iar verbalizarea lor este în mod inevitabil lacunară ; pentru trăirile şi senzaţiile noastre, care sunt atât de concrete, unice, de cele mai multe ori, nu avem cuvintele potrivite pentru a le exprima. Mai adecvat este limbajul metaforic[6], deşi şi el are limitele lui.

De aceea lingviştii deosebesc două niveluri ale limbajului : *structura profundă* şi *structura superficială*. Structura superficială este cea propusă unui interlocutor, este discursul oral sau scris al unei persoane ; ea cuprinde şi enunţurile utilizate în dialogul nostru interior.

Exemplu :

„Mă doare capul".

Structura profundă a limbajului este rareori exprimată în comunicarea verbală ; este discursul nerostit. Ea este reprezentarea lingvistică completă a experienţelor, trăirilor – într-un cuvânt, a universului nostru interior.

Exemplu :

„Începând din data... ora... am dureri pulsatile, intermitente... în zona frontală a capului..." etc.

Sarcina terapeutului este aceea de a descoperi elementele lipsă din discursul manifest al pacientului, de a reconstitui cât mai complet posibil imaginea pe care acesta o are despre realitatea în care se află. Totuşi, *„harta nu este teritoriul"* (Korzybski), imaginea realităţii nu este realitatea, harta este o reprezentare schematică, fidelă şi redusă a teritoriului. Neuroprogramarea lingvistică (N.P.L.) vorbeşte despre „modelul lumii" pe care fiecare persoană şi-l construieşte pornind de la propria realitate. Diferenţierea lumii de „modelul lumii", a teritoriului de hartă, permite terapeutului să facă distincţia fundamentală între schimbarea lumii şi schim-

---

6. Vezi capitolul dedicat metaforei terapeutice.

barea ideii pe care pacientul şi-o face despre lume. Terapeutul nu va schimba lumea pacientului său, ci ideea pe care acesta o are despre ea ; oamenii se comportă în funcţie de imaginea pe care o au despre lumea lor şi, prin urmare, schimbând imaginea, harta, schimbăm implicit comportamentele, iar acestea din urmă pot modifica lumea, teritoriul !

Când comunicăm realizăm un *proces de derivare* din structura profundă a experienţei noastre a structurii superficiale care este receptată de interlocutor. În acest proces de derivare informaţiile suferă o serie de transformări. În primul rând, *selecţionăm* doar o parte din informaţiile disponibile în structura profundă ; mare parte va fi abandonată, omisă. În al doilea rând, simplificăm, ceea ce implică o *distorsiune* inevitabilă a sensului. Apoi, *generalizăm* ; enumerarea tuturor excepţiilor şi condiţiilor posibile ar face comunicarea foarte dificilă.

Meta-modelul dezvoltat de N.P.L. cuprinde o serie de întrebări cu ajutorul cărora se recuperează informaţiile pierdute în procesul derivării prin omisiuni, distorsiuni, generalizări. Utilizând întrebările şi instrumentele lingvistice propuse de Bandler şi Grinder, terapeutul :

- accede la structura profundă a limbajului ;
- identifică o serie de violări semantice în procesul comunicării ;
- utilizează o serie de întrebări pertinente în raport cu omisiunile, generalizările şi distorsiunile identificate în structura superficială a limbajului.

Acest demers are ca scop reconectarea limbajului unei persoane la experienţa sa senzorială specifică şi unică.

Pentru ilustrare putem lua primele secunde din două interviuri terapeutice :

1) P : *Îmi este teamă.*
   T : *De ce anume îţi este teamă ?*
   P : *Imi este teamă de lucrările de control.*
   T : *La ce obiect de studiu anume te referi ?*
   P : *Lucrarea de control la matematică.*
   T : *Mai concret, ce anume te sperie etc. ?*
2) P : *Îmi este teamă.*
   T : *Nu trebuie să-ţi fie teamă. (Nu ai de ce să-ţi fie teamă !)*

4.1. Omisiunile

Omisiunea este un fenomen de modelare a experienţei care ne permite să ignorăm anumite informaţii în detrimentul altora ; ea este întâlnită, practic, în majoritatea frazelor pe care le pronunţăm. Când suntem preocupaţi

de anumite dimensiuni, aspecte ale experienţei noastre, le excludem pe celelalte. În acest caz, întrebările meta-modelului au ca obiectiv principal recuperarea informaţiilor lipsă şi reconstituirea mai precisă a conţinutului experienţei.

4.1.1. Verbele nespecifice

Acest tip de omisiune este cel mai frecvent deoarece majoritatea verbelor au un caracter nespecific. De cele mai multe ori, evidenţiem acţiunea fără a spune *cum* anume a fost ea realizată.

Exemplu:

- *„Ea m-a ajutat".*
- *„Învăţ pentru examen".*
- *„El m-a supărat"* etc.

Pentru a afla *cum* anume au fost realizate aceste acţiuni, contextul sau condiţiile în care ele s-au desfăşurat, putem pune următoarele întrebări:

„Cum anume te-a ajutat ?".
„Cum înveţi ?".
„Ce faci pentru a învăţa ?".
„Ce anume te-a supărat ?".

4.1.2. Substantive nespecifice

„Copilul a avut un accident"; *„Maria, fiica mea de şase ani, a încercat să ia ceva de pe un dulap suindu-se pe un scaun şi a căzut rănindu-se la mâna dreaptă."* Deşi enunţurile anterioare vor să spună acelaşi lucru, în mod evident, a doua frază conţine mai multe informaţii specifice.

Sunt situaţii în care subiectul activ al unei fraze este omis, suprimat prin folosirea diatezei pasive: *„Sunt căutat"*; *„Casa a fost construită"*. Acest tip de omisiune poate implica o imagine despre lume în care vorbitorul asistă ca un spectator neputincios şi în care evenimentele se produc fără ca nimeni să fie responsabil.

Substantivele nespecifice sunt clarificate prin întrebarea: *„Cine sau ce, mai precis...?".*

4.1.3. Comparaţiile

O comparaţie implică cel puţin doi termeni. Deşi acest fapt pare evident, atunci când comunicăm, lăsăm deseori în umbră cel de-al doilea termen al comparaţiei.

Exemplu:

„Sunt mai puţin pregătit".

„Sunt cel mai nefericit om”.

Majoritatea frazelor care conțin cuvinte precum *„Mai...”*, *„cel mai...”* introduc o comparație ; nu putem face o comparație decât dacă avem un element cu care să comparăm. Dacă el lipsește, trebuie să solicităm denumirea lui. Întrebările trebuie să vizeze și *criteriul* după care se efectuează comparația ; acesta trebuie să fie clar formulat, să conțină indicatori observabili.

Exemplu :

„Mai puțin pregătit decât cine?”.

„Cum își dau seama ceilalți că ești mai puțin pregătit?”.

Se recomandă și precizarea contextului în care este valabilă comparația. Acest fapt ar putea relativiza comparațiile nefavorabile.

În general, omisiunile comparative sunt clarificate prin întrebarea : *„Comparativ cu cine (ce)... ?”.*

4.2. Generalizările

Prin generalizare, fragmente sau elemente ale „modelului lumii” pe care îl are o persoană sunt detașate de experiența sau experiențele sale pentru a exprima o întreagă categorie ; un singur exemplu este ridicat la rang de regulă, lege. Generalizarea are un caracter foarte limitativ deoarece ne împiedică să vedem diferențele, să identificăm excepțiile. Desigur, în mod natural, avem tendința de a introduce informațiile și experiențele noastre în categorii generale, dar acest proces de inducție are la bază, cel puțin inițial, un proces de reflecție asupra diferențelor. Generalizările ne oferă o „hartă” a realității, uneori nebuloasă și inexactă, care ne împiedică să vedem copacii din cauza pădurii și în baza căreia avem tendința să luăm decizii de tipul „totul sau nimic”, „a fi sau a nu fi”, incapabili de a vedea nuanțe.

Dacă dorim să schimbăm această imagine prea generală, trebuie să provocăm o reflecție asupra diferențelor, asupra excepțiilor. A admite existența excepțiilor înseamnă a fi mai realist.

În categoria generalizărilor, diferențiem :

1) Cuantificatori universali ;
2) Operatori modali ;
3) Judecăți de valoare fără origine specificată.

4.2.1. Cuantificatorii universali

Aceștia sunt cuvinte și expresii care introduc o suprageneralizare : *tot*, *toată lumea*, *nimeni*, *nimic*, *niciodată*, *totdeauna*, *de fiecare dată*, *tot*

timpul etc. Când cineva utilizează aceste cuvinte dă impresia că enunţă o lege universală; de pildă: *„nimeni nu mă înţelege"*. Dacă dorim să contestăm această „lege" trebuie să identificăm una sau mai multe excepţii care, desigur, există în realitate dar sunt mascate, trecute sub tăcere de acest proces al generalizării. Cea mai simplă şi mai directă cale este de a relua, într-o manieră interogativă, cuvântul utilizat: *„nimeni ?"*. Alteori putem introduce cuvântul respectiv într-o construcţie oarecum paradoxală: *„Dacă înţeleg bine, niciodată nimeni nu v-a înţeles ?"*. Această construcţie ilustrează şi un alt procedeu prin care putem provoca identificarea excepţiilor: exagerarea afirmaţiei iniţiale prin adăugarea altui cuantificator universal (în exemplul de mai sus – *„niciodată"*), fapt ce evidenţiază caracterul absurd al acesteia.

Cuantificatorii universali pot fi puşi sub semnul îndoielii prin întrebări care vizează specificarea contextului sau a excepţiilor:

„Nu a existat niciodată un moment în care... ?".

4.2.2. Operatorii modali

Există reguli comportamentale pe care gândim că nu putem sau nu trebuie să le încălcăm. Expresii precum *„nu pot"* sau *„nu trebuie"* sunt numite în lingvistică operatori modali; ele stabilesc limite postulate de reguli nescrise.

Operatorii modali pot fi de *necesitate* sau de *posibilitate*.

a) *Operatorii modali de posibilitate* stabilesc limitele cele mai puternice: *„pot"*, *„nu pot"*, *„posibil"*, *„imposibil"*. Acestea sunt expresii care decupează pe harta locutorului spaţiul în care el acţionează şi ia decizii. În mod evident, fiecare are limitele sale naturale, însă aceşti operatori se referă la limitele impuse de credinţele individului.

Exemplu:

„Aşa sunt eu, nu mă pot schimba".

„Nu pot să-l refuz".

„Imi este imposibil să-i spun adevărul" etc.

Operatorii modali de posibilitate indică o limită, o imposibilitate, fără a specifica felul în care funcţionează această limită. Deseori *„nu pot să..."* este trăit ca o stare de incompetenţă absolută, fără speranţa vreunei schimbări. Când cineva spune *„nu pot să..."*, el şi-a fixat un obiectiv, apoi l-a plasat pe „harta" sa într-un teritoriu care nu mai este sub controlul său.

Limitele impuse de acest tip de operatori modali pot fi depăşite printr-un proces de reflecţie asupra obstacolelor ce ne separă de obiectivul propus şi asupra consecinţelor atingerii lui. Acest proces de reflecţie poate fi provocat utilizând întrebări precum:

„Ce vă împiedică să... ?”.
„Ce s-ar întâmpla, dacă aţi face lucrul respectiv ?”.

În N.P.L. nu există întrebarea *„De ce ?”*. În cel mai bun caz, ea provoacă o serie de raţionalizări, justificări şi explicaţii care nu schimbă cu nimic situaţia. Uneori, oamenii se justifică spontan: *„Nu pot vorbi cu vecinii pentru că sunt prea bănuitori”*. În acest caz, întrebările trebuie să provoace interlocutorul să descrie în termeni comportamentali ceea ce ar putea fi doar o credinţă rezultată dintr-un proces de generalizare.

Exemplu:
„După ce vă daţi seama că vecinii sunt bănuitori ?”.
„Cum altfel aţi putea explica comportamentul lor ?” etc.

b) *Operatorii modali de necesitate.* Expresii precum *„trebuie”*, *„nu trebuie”*, *„este necesar să”*, *„nu este necesar să”* vehiculează reguli de conduită ale căror motivaţie şi consecinţe nu sunt în mod explicit formulate.

Exemplu:
„Trebuie să mă gândesc mai întâi la ceilalţi !”.
„Nu trebuie să vorbesc cu astfel de oameni !”.
„Trebuie să salut persoanele pe care le întâlnesc !” etc.

Doar în cazul în care motivele şi consecinţele acestor reguli sunt explicitate ele vor putea face obiectul unui examen raţional, critic; altfel, ele vor limita pur şi simplu comportamentul şi capacitatea noastră de decizie. Deseori *„trebuie”* sau *„nu trebuie”* sunt expresia unor judecăţi morale.

Exemplu:
„Trebuie să fii cinstit cu ceilalţi !”.
„Nu trebuie să furi !” etc.

Dacă comparăm aceste propoziţii cu:
„Trebuie să citesc zilnic 10 pagini !”.
„Trebuie să mă scol în fiecare dimineaţă la ora 6 !”,
vom înţelege mai bine limitele pe care le avem în vedere.

Din nefericire, educaţia este frecvent un teren minat de astfel de operatori de necesitate: *„La vârsta ta un copil* trebuie *să... !”*. Utilizarea lui „trebuie” cu referire la capacităţi este în general considerată un reproş; ar trebui să fiţi capabil să faceţi cutare lucru, dar nu puteţi – fapt ce determină sentimentul eşecului. În acest context „trebuie” induce un sentiment de culpabilitate, creând o prăpastie artificială între aşteptări (nejustificate) şi realitate. Deşi se proclamă frecvent că oamenii sunt unici, acest adevăr este uitat când se afirmă că „fiecare trebuie să...”, propoziţie continuată cu norme, standarde şi reguli care au ca scop uniformizarea lor. Operatorii modali de necesitate – „Nu trebuie/trebuie să...” – sunt clarificaţi prin întrebarea:

„Ce s-ar întâmpla dacă aţi face/nu aţi face... ?" (Având în vedere exemplele anterioare:
„Ce s-ar întâmpla dacă nu v-aţi gândi mai întâi la ceilalţi ?"
„Ce s-ar întâmpla dacă nu aţi citi zilnic 10 pagini ?" etc.)

4.2.3. Judecăţile de valoare (afirmaţiile) fără origine specificată

În această categorie intră afirmaţiile a căror origine este ignorată, pierdută. În literatura americană se utilizează, pentru a desemna acest tip de generalizare, expresia *lost performatives* şi ea evidenţiază dispariţia (*lost*) agentului responsabil al afirmaţiei ; unii autori francezi utilizează expresia „afirmaţii peremptorii" (M Dovero, E. Grébot, 1993 ; Cudicio, 1992 etc.), deşi sunt de acord că nu totdeauna ea acoperă sensurile acestui gen de generalizare. Afirmaţia *„Nu este bine să nu ţii cont de ceilalţi"* poate fi considerată o afirmaţie peremptorie deoarece ne propune ceva drept adevăr incontestabil, fără a ne informa în nici un fel despre autorul ei. Însă dacă cineva anume spune : „Eu cred că nu este bine să nu ţii cont de ceilalţi", atunci această afirmaţie ne informează clar despre opinia cuiva care nu se ascunde în spatele unor enunţuri generale, impersonale.

Unele din aceste afirmaţii ar putea avea un conţinut moral şi nu este necesar să fie contestate, însă identificarea lor, în discursul cuiva, este utilă şi interesantă deoarece ne informează despre natura credinţelor partenerului nostru.

Sunt însă multe alte afirmaţii enunţate într-o manieră impersonală, care permit locutorului să se folosească de ele ca de un paravan : nu ştim dacă el aderă sau nu la opinia exprimată şi nici care este autorul ei. De exemplu, dacă cineva spune : „Acest lucru nu se face ! ", este important să punem o serie de întrebări care au ca scop precizarea sursei informaţiei, a contextului în care această informaţie a fost elaborată.

Exemplu :
„Ce anume nu se face ?"
„Cine spune asta ?" etc.
Sau dacă un elev spune :
„Bac-ul nu serveşte la nimic",
i-am putea pune următoarele întrebări :
„De ce bac-ul nu serveşte la nimic ?".
„Cine spune asta ?".
„Cum de ştie el (ea) acest fapt ?".

Aceste întrebări ne permit să înţelegem cum a ajuns elevul sau părinţii săi la această credinţă.

Când afirmaţiile se referă la competenţe, ele pot induce sentimente de culpabilitate şi eşec pentru că raportează interlocutorul la standarde aparent universal valabile : „Ortografia este totuşi ceva foarte simplu" ; în acest caz este util să ştim pentru cine este ceva simplu. Emiţătorul ar putea răspunde că pentru el ortografia este ceva simplu ; astfel, el deschide calea contestării adevărului prezentat iniţial ca ceva general valabil !

Pentru clarificarea afirmaţiilor fără origine cunoscută se poate pune, în general, următoarea întrebare :

„Cine face această afirmaţie şi pe ce se bazează el (ea) ?".

4.3. Distorsiunile

Distorsiunle implică procese importante de modelare a experienţei noastre cu efecte neaşteptate asupra „hărţii" pe care o avem fiecare despre ceea ce numim realitate. Creativitatea, inventivitatea, înlănţuirile, uneori surprinzătoare, ale ideilor şi imaginilor noastre au la bază, între altele, procesele distorsiunii. Totuşi, distorsiunea poate realiza şi veritabile violări şi malformaţii semantice cu efecte negative asupra „modelului lumii".

4.3.1. Nominalizările

Nominalizările sunt cuvinte nespecifice care au ca principală caracteristică aceea de a „îngheţa" un proces transformându-l în ceva fix, static. Prin nominalizare, verbele care exprimă acţiuni sunt înlocuite cu substantive, realizându-se astfel conversia unui proces în ceva static ; dacă verbele implică acţiune, schimbare, substantivele descriu un eveniment finit, neschimbare. Aparent inofensive, nominalizările maschează diferenţe esenţiale între diferitele „hărţi ale lumii". Să luăm, de exemplu, termenul „memorie". Observaţi diferenţa dintre următoarele două enunţuri : „Am o *memorie* slabă", „*Memorez* greu numele proprii". Primul enunţ realizează o autoatribuire, vehiculând implicit ideea unei permanenţe, a unei calităţi constante a persoanei respective ; al doilea enunţ exprimă o acţiune, şi orice acţiune poate fi îmbunătăţită, efectuată în mai multe feluri.

Exemplu :

„În ce context memorezi mai greu ?".

„Cum procedezi pentru a memora ?" etc.

În majoritatea cazurilor nominalizările se realizează prin utilizarea unor cuvinte abstracte (dragoste, libertate, decizie, fericire, speranţă etc.) şi

tocmai de aceea semnificaţia lor variază sensibil de la o persoană la alta. Fiecare are ideea lui despre fericire şi, de aceea, când cineva spune că este fericit nu veţi afla de ce este fericit decât întrebându-l. S-ar putea să fiţi mirat când îi veţi auzi răspunsul, pentru că veţi cunoaşte o „hartă" a realităţii celuilalt pe care nici nu o bănuiaţi.

Identificarea nominalizărilor trebuie urmată de formularea unor întrebări care să-l determine pe interlocutorul nostru să treacă la o comunicare dinamică, concretă. Pentru aceasta, de cele mai multe ori, este suficient ca întrebarea să înlocuiască cuvântul abstract sau substantivul cu un verb, provocându-l astfel pe interlocutor să descrie elementele concrete ale experienţei sale care înainte fuseseră etichetate într-o manieră abstractă şi încremenită.

Exemplu :

1) – *Doresc reuşita copiilor mei.*
   – *Cum anume doriţi ca ei să reuşească ?*
2) – *Doresc să îmbunătăţesc comunicarea mea cu ceilalţi*
   – *Ce înseamnă pentru dumneavoastră a comunica ?*
3) – *Îmi propun o schimbare în relaţiile mele cu soţia.*
   – *Ce anume doriţi să schimbaţi ?*

Numele unor afecţiuni medicale, etichetele nosologice, în general, sunt exemple interesante de nominalizare : ce înseamnă „depresie", „anxietate" etc. ? Un pacient poate merge la medic din cauza câtorva nopţi nedormite, a unor gânduri care nu-i dau pace şi află că are ANXIETATE, STRES etc. El ar putea avea unele idei pentru a putea dormi (adevărul este că are şi nopţi în care doarme bine !), dar nu ştie deloc cum să lupte împotriva ANXIETĂŢII, STRES-ului !

4.3.2. Echivalenţele complexe

Echivalenţele complexe produc distorsiuni prin stabilirea unei analogii între o propoziţie specifică şi una mai generală.

Exemplu :

„Nu zâmbeşte... nu se distrează".

„Nu mă priveşte... este supărat pe mine".

„Dacă nu te uiţi la mine când îţi vorbesc înseamnă că nu eşti atent la ceea ce-ţi spun" etc.

De cele mai multe ori, aceste echivalenţe au la bază generalizarea experienţei proprii. Autorul enunţurilor prezentate mai sus, pornind de la experienţa personală, crede că toţi oamenii, atunci când se amuză, zâmbesc, când sunt supăraţi, evită să-i privească pe ceilalţi, sau, când sunt atenţi, îşi

fixează privirea asupra interlocutorului! Echivalenţele complexe pot fi puse sub semnul îndoielii prin întrebări ce vizează identificarea de contra-exemple relaţiei de echivalenţă propuse, disocierea celor doi termeni ai echivalenţei. Dacă ne raportăm la unul din exemplele anterioare, aceste întrebări ar putea fi:

„Dacă te-ar privi ar însemna că nu este supărat ?".

„Cunoşti oameni care, când sunt supăraţi, îşi privesc interlocutorul ?" etc.

4.3.3. *Presupoziţile*

Toţi avem credinţe, aşteptări, ipoteze care au la bază experienţa noastră anterioară. Practic, este imposibil să trăim fără ele; credinţele şi aşteptările noastre devin grile de lectură a realităţii, pun ordine şi selecţionează informaţiile care ne bombardează în orice moment. Aşteptările, ipotezele mai mult sau mai puţin explicite au un rol pozitiv („dacă nu ştii ce cauţi nu vei găsi nimic!"), dar, în egală măsură, ele ne pot limita comportamentul, capacitatea de decizie („nu găseşti decât ceea ce cauţi!").

Supoziţiile fundamentale care limitează comportamentul nu sunt în mod necesar exprimate într-un mod uşor observabil. Deseori, ele sunt deghizate sub forma întrebărilor *„Pentru ce ?"*, *„Pentru ce nu eşti atent ?"* – presupoziţia implicită: *„Nu eşti atent"*. A răspunde direct la o astfel de întrebare înseamnă a pierde din start.

A întreba un copil: *„Te culci la ora 8 sau la ora 8 şi 15 minute ?"* înseamnă a-i întinde o capcană pentru că, dându-i iluzia că poate alege, alegerea lui este, de fapt, limitată. Indiferent ce alternative de răspuns alege, alegerea lui semnifică acceptarea presupoziţiei de bază – merge la culcare! Rămânând la acest exemplu, presupoziţia poate fi scoasă la lumină şi pusă sub semnul întrebării astfel: *„Ce te face să crezi că vreau să mă culc ?"*.

Alte exemple:

„Când vei fi matur, vei înţelege. (Nu eşti matur)".

„Nu cumva vrei să-mi spui o altă minciună ? (Deja m-ai minţit)".

„De ce nu zâmbeşti mai mult ? (Nu zâmbeşti suficient etc.)".

În general, presupoziţiile pot fi puse în evidenţă şi combătute prin întrebarea:

„Ce vă face să credeţi că... ?".

4.3.4. Relaţiile cauză-efect

Oamenii au nevoie de explicaţii; ele securizează pentru că introduc o anumită ordine ce asigură înţelegerea evenimentelor pe care le trăiesc. Totuşi „ordinea", „harta" pe care o propun explicaţiile cauzale simple, frecvent întâlnite în limbajul cotidian, realizează o distorsiune a realităţii cu consecinţe importante asupra opţiunilor comportamentale consecutive.

Deseori este greu să ne asumăm responsabilitatea comportamentelor şi stărilor noastre afective; tocmai de aceea auzim frecvent propoziţii precum:

„X mă enervează..., mă supără...".

„Întreprinderea la care lucrez mă împiedică să...".

„Aş pleca în concediu, dar nu am maşină...".

În mod evident, astfel de afirmaţii postulează existenţa unor cauze exterioare comportamentelor şi stărilor afective ale oamenilor. Dacă le acceptăm „există riscul de a considera oamenii ca nişte bile de biliard care se supun legilor (fizice, n.n.) cauză-efect" (J. O'Connor, J. Seymour, 1995, p. 119).

Nimeni nu exercită un control direct asupra stărilor afective ale celuilalt. Dacă n-ar fi aşa, fiecare dintre cuvintele şi comportamentele noastre ar deveni, cu voie sau fără voie, mesageri ai fericirii sau nefericirii celorlalţi! Ar trebui, prin urmare, să acordăm o grijă (evident exagerată) fiecărui gest, fiecărui cuvânt care, prin forţa lor intrinsecă, ar putea provoca atâtea neplăceri celorlalţi; sau imaginaţi-vă cât de uşor am putea să ne facem prietenii fericiţi!

Totuşi, controlul facil al fericirii sau nefericirii celorlalţi este o responsabilitate prea mare!

Pentru a pune sub semnul întrebării această explicaţie cauzală simplă putem proceda cel puţin în două moduri:

a) Putem solicita o *descriere* mai detaliată a procesului prin care un stimul extern provoacă o stare afectivă sau un comportament; de cele mai multe ori, descrierea „procesului cauzal" poate evidenţia şi alte opţiuni comportamentale la îndemâna actorului social respectiv. Totuşi, procedând astfel, credinţa că ceilalţi sunt responsabili de reacţiile noastre rămâne intactă.

b) Această credinţă poate fi vizată direct punând întrebări de genul: *„Cum anume faceţi să vă simţiţi rău auzind ce spune el ?"*.

Astfel se realizează trecerea verbului *a face* de la diateza pasivă („El *mă face* să mă simt rău") la diateza activă, evidenţiind în acest mod

responsabilitatea fiecăruia pentru ceea ce simte şi modul în care acţionează. Deoarece nu totdeauna este uşor să ne asumăm o astfel de responsabilitate, această abordare trebuie utilizată doar după ce am stabilit o relaţie bună cu interlocutorul ; în caz contrar, ea ar putea fi receptată ca o provocare.

4.3.5. Lectura gândurilor

Ceea ce în programarea neurolingvistică se numeşte lectura gândurilor (*mind reading*), divinaţie, este fenomenul care face ca unele persoane să se comporte ca şi cum ar şti ceea ce cred sau gândesc ceilalţi, fără a avea o probă directă. Mulţi dintre noi ne comportăm astfel. Uneori, acest fenomen este expresia unei reacţii intuitive la indici non-verbali pe care i-am sesizat la nivel inconştient ; alteori, avem de-a face cu adevărate halucinaţii care au la bază fenomenul proiecţiei : gândim că celălalt gândeşte exact cum am gândi noi, dacă ne-am afla în aceeaşi situaţie.

Există două modalităţi de manifestare a divinaţiei :

a) *O persoană crede că ştie ce gândeşte altcineva.*

„– *Ştiu dinainte ce va spune când va intra...*".

„– *X este deprimat...*".

„– *Era enervat, dar i-a fost greu să recunoască acest fapt...*".

Verbe precum „a gândi", „a crede", „a presimţi" etc. introduc deseori „lecturi (nejustificate) ale gândurilor" şi de aceea ele trebuie să ne reţină atenţia când le auzim sau le utilizăm :

„*El trebuie să gândească, probabil, că-i consum prea mult timp !*".

„– *Da, este posibil, dar cum vă daţi seama de acest fapt ?*".

Divinaţia poate conduce la adoptarea de comportamente în funcţie de ceea ce credem, de ceea ce ne imaginăm sau gândim, în loc să acţionăm în raport cu mesajele pe care ni le oferă persoana cu care comunicăm.

b) Există şi situaţii în care noi *acordăm celorlalţi puterea de a citi în mintea noastră*, de a ne ghici gândurile :

„– *Dacă m-ai iubi, ai şti ce doresc !*".

„– *Ar trebui să ştii că-mi place acest lucru !*" etc.

O persoană care utilizează acest mod de comunicare nu spune celorlalţi exact ceea ce doreşte, deoarece presupune că aceştia ***ar trebui*** (cum ?) să ştie. Ea introduce astfel posibilitatea unor neînţelegeri grave.

Întrebând direct cum anume interlocutorul nostru ştie ce gândim sau gândesc ceilalţi, obţinem de obicei răspunsuri sub forma unor credinţe sau generalizări :

Exemplu :

„– *George nu mă iubeşte !*

– *Cum ştii că George nu te iubeşte ?*
– *Pentru că nu face niciodată ceea ce-i spun*".

Răspunsul este o „echivalenţă complexă" cel puţin contestabilă: „*De ce crezi că a face întotdeauna ce ţi se spune este o dovadă de iubire ?* ".

5. Concluzii

Meta-modelul propus de neuroprogramarea lingvistică ne ajută să facem vizibil universul interior al interlocutorului nostru. Totuşi, atunci când punem întrebările recomandate de model, trebuie, mai întâi, să ne punem noi înşine o întebare:

„*Interlocutorul nostru nu ştie cum, nu poate sau nu vrea să-şi dezvăluie gândurile şi trăirile ?* ".

De cele mai multe ori, pacienţii sunt motivaţi să spună terapeutului tot ce gândesc şi simt în legătură cu problemele lor. Însă, în mod frecvent, ei nu ştiu cum, sau nu pot încă să facă acest lucru. Întâlnim deseori pacienţi care, la invitaţia de a-şi prezenta problema, răspund că preferă să fie întrebaţi ! Dar chiar şi în această situaţie, unele din întrebările propuse de „Meta-model" trebuie puse doar după ce am stabilit o bună relaţie cu pacientul şi plasându-ne eventual într-o poziţie inferioară acestuia („*Nu înţeleg prea bine ! Ai putea să-mi explici cum x determină y ?* "). După cum spuneam, majoritatea oamenilor renunţă greu la unele credinţe (generalizări) securizante şi-şi asumă şi mai greu responsabilitatea unor consecinţe neplăcute. De aceea, dacă punem cuiva, încă din primele momente ale întâlnirii, pe un ton superior întrebări prin care-i demontăm credinţele şi-l responsabilizăm în legătură cu problemele sale, riscăm să declanşăm reacţii defensive sau agresive, cu consecinţe negative asupra desfăşurării terapiei.

Întrebările trebuie puse într-o atmosferă de respect, acceptare şi înţelegere a interlocutorului. În viaţa de zi cu zi există şi situaţii în care interlocutorii noştri nu vor să-şi dezvăluie decât parţial gândurile şi sentimentele. A pune întrebări care forţează direct barierele conştiente pe care celălalt le ridică în faţa noastră ar putea avea consecinţe neplăcute. Mulţi dintre noi am învăţat deja că „*sunt întrebări care nu se pun !* ".

Capitolul VI

METAFORA TERAPEUTICĂ

1. Precizări terminologice

Ceea ce numim astăzi metaforă terapeutică nu corespunde nici definiției pe care o dădea acestui termen retorica tradițională, nici celei pe care iau impus-o lingvistica și filosofia contemporană.

Metafora, una din cele mai vechi noțiuni ale științei limbajului (prima sa descriere fiind făcută de Aristotel), este definită în retorica tradițională ca o comparație prescurtată, subînțeleasă, ce realizează un transfer semantic care deturnează sensul propriu al cuvintelor și expresiilor. Mai precis, metafora desemnează un obiect printr-un cuvânt care este propriu altuia: „primăvara" vieții, durere „fulgerătoare" etc.

După mai multe secole de uitare (Pétot, 1994), studiul figurilor de stil a fost relansat de un text al lingvistului Roman Jakobson (1956), care a definit metafora și metonimia ca două axe fundamentale ale gândirii și limbajului. De atunci, metafora desemnează toate legăturile asociative între cuvinte sau concepte fondate pe o asemănare sau analogie, în timp ce metonimia vizează toate legăturile asociative între cuvinte și concepte fondate pe contiguitate sau alte relații decât cele de asemănare.

Importanța metaforei în actul comunicării a fost subliniată de numeroși lingviști și filosofi; Bergson afirma, de pildă, că în limbajul uman „nu există nimic altceva decât metafora", iar Shibles (1971), preluând acest punct de vedere, a extins atât de mult acțiunea expresivă a metaforei încât a identificat 20 de „deviații semantice" proprii cunoașterii metaforice (Bîrzea, 1995, p. 41).

Din perspectiva subiectului care ne interesează – psihoterapia – putem menționa câteva funcții ale metaforei:

1) Abordată în raport cu imaginația simbolică (Jung, Ricoeur, Durand), se afirmă că metafora ***permite evidențierea semnificațiilor ocultate, inaccesibile raționalității și explicației***. De exemplu, anumite obiecte sau realități interzise ori intangibile sunt desemnate metaforic prin denumiri figurate („Ucigă-l Toaca");
2) ***Metafora permite verbalizarea realității psihologice, strict individuale***, a senzațiilor și trăirilor universului nostru interior, pentru care cuvintele obișnuite sunt inadecvate, întrucât au un conținut logic categorial. Noi nu avem cuvinte pentru fiecare senzație; este suficient să amintim că, deși sesizăm peste câteva zeci de nuanțe de roșu, utilizăm pentru fiecare din ele un singur cuvânt – „roșu". Pentru a comunica mai bine, utilizăm metafore: „roșu aprins",

„roşu ca para focului", „roşu strălucitor" etc. De aceea, metafore precum „durere surdă", „durere apăsătoare", „durere fulgerătoare" etc. sporesc efectul comunicativ al mesajului transmis de pacient terapeutului său ;

3) Dar *metafora este indispensabilă şi pentru a gândi anumite realităţi abstracte dificil de reprezentat*. Putem cita, pentru ilustrare, exprimarea metaforică a „trecerii timpului" în termenii spaţiului : timpul, ca un obiect în mişcare, se deplasează în raport cu noi, care rămânem nemişcaţi ; de aceea „timpul vine, timpul trece..." ;

4) Realizând un transfer de sens de la subiectul secundar către subiectul principal (cei doi termeni ai comparaţiei), metafora devine un *instrument logic care restructurează modul nostru de gândire şi interpretare a lumii*. În această relaţie, subiectul secundar acţionează ca o lentilă care deformează semnificaţia iniţială a subiectului principal : unele din atributele acestuia sunt deformate, altele sunt supradimensionate sau deturnate de la raţiunea lor iniţială (putem medita, din această perspectivă, la metafora „Richard – Inimă de Leu").

Metafora este indispensabilă comunicării terapeutice, fiind generatoare de noi sensuri şi cadre de referinţă, iar discursul terapeutului are o componentă retorică incontestabilă, întrucât urmăreşte să persuadeze, să seducă, să sensibilizeze.

Totuşi, metaforele sau simbolurile descrise de filosofi sau lingvişti nu vizează decât descrierea unui lucru sau a unei fiinţe şi iau, de cele mai multe ori, forma unei expresii sau a unei fraze. Evenimentele sau procesele mai complexe cu greu ar putea fi surprinse de astfel de formulări metaforice. Or, ceea ce în mod obişnuit numim „metafore terapeutice" sunt, de fapt, în majoritatea cazurilor, povestiri mai mult sau mai puţin complexe şi care se apropie ori se identifică cu ceea ce retorica numeşte alegorie, fabulă şi parabolă. De aceea, în cadrul studiului nostru, de cele mai multe ori, termenii de metaforă terapeutică şi poveste terapeutică vor fi consideraţi echivalenţi.

Poveştile sunt cronica vie, autentică, dramatică, a tuturor conflictelor trăite de oameni în confruntarea lor cu interdicţiile şi structurile sociale, dar şi cu diverse forţe ale naturii. În condiţiile în care sistemele simbolice promovate de religie şi educaţie sfârşesc prin a deveni ideologii ce utilizează un limbaj unidimensional, inadecvat exprimării şi rezolvării problemelor vieţii cotidiene, precum relaţiile cu celălalt, relaţia cu timpul, cu sexul, cu moartea etc., „fiecare este obligat, este condamnat să-şi construiască propriul sistem simbolic şi va face acest lucru cu ajutorul basmelor, dar şi

cu cel al poveştilor mitologice" (Louis Deurieu, în G. Calame-Griaule, 1991, p. 437). De aceea, este uşor să înţelegem reînvierea interesului oamenilor de toate vârstele pentru poveşti (chiar dacă astăzi calul năzdrăvan este înlocuit cu o sofisticată navă cosmică !).

De altfel, J.A. Malarewicz, abordând această problemă dintr-o perspectivă terapeutică, afirmă că „prin intermediul povestirilor, basmelor, simbolismului, alegoriilor, comparaţiilor analogice şi metaforelor, terapeutul propune pacientului o nouă construcţie, o nouă înţelegere a realităţii" (1992, p. 73).

Fiecare poveste prezintă un conflict şi modul său, uneori neaşteptat, de rezolvare. Când conflictul din poveste se aseamănă cu ceea ce a trăit sau trăieşte cel ce ascultă, atunci soluţia propusă poate sugera un nou cadru de rezolvare a problemei sale. Dacă o poveste este utilizată cu intenţia de a-l sfătui pe ascultător, sau dacă se alege o anumită povestire cu acest scop, atunci ceea ce aude acesta devine o metaforă (Gordon, 1990).

Depărtându-se de forma tradiţională, metaforele terapeutice, pentru a fi eficiente, nu trebuie în mod necesar să strălucească prin calităţi literare, poetice sau filosofice. Ele devin operante doar în măsura în care mijlocesc stabilirea unei relaţii între terapeut, pacient şi problema acestuia. Atitudinile şi aşteptările pacientului sunt cele care vor da cuvintelor noastre greutatea pe care, altfel, nu o au în ele însele, şi care îl vor împinge la căutarea unei semnificaţii profunde.

2. Schiţă istorică

Dorinţa de a comunica clar, logic, de a respinge mesajele redundante, obsesia „adevărului" exprimat conform tuturor normelor logice, a întreţinut o oarecare rezervă faţă de poveste ca mijloc de comunicare. De multe ori, ca dovadă a falsităţii unor afirmaţii, acestea sunt calificate ca făcând parte din mitul (de la cuvântul grecesc *muthos*, poveste) creat în jurul cutărui sau cutărui eveniment ; de câte ori, atunci când ne îndoim de adevărul cuvintelor ce ni se spun, nu replicăm : „Nu-mi spune poveşti ! ".

În ciuda acestui fapt, există o apropiere indubitabilă între psihismul uman şi arta de a comunica prin intermediul poveştilor. În fiecare noapte ascultăm poveştile inconştientului nostru – visele ; să ne amintim apoi de câte ori nu am ascultat, în perioadele dificile ale vieţii noastre, un anumit cântec, sau am citit ori recitit un text sau altul, pentru mesajul pe care ni-l transmiteau, precum şi de confortul interior pe care acestea ni-l provocau !

Permiţând o mare libertate a spiritului, amestecând realul cu imaginarul, sfatul direct cu aluzii abia schiţate şi, mai presus de orice, favorizând proiectarea speranţelor, poveştile au fost utilizate în scopuri terapeutice încă din cele mai vechi timpuri. Astfel, în una din Sutrele hinduse în care sunt menţionate tot felul de reguli pentru ceremoniile domestice, putem citi : „Când un membru al familiei sau un guru moare, sau când suntem doborâţi de o mare nenorocire, trebuie să stăm liniştiţi cu familia sau cu prietenii toată noaptea şi să ne spunem poveşti unii altora" (poveşti cu un conţinut corespunzător – n.a. ; a se observa similaritatea cu „priveghiul" morţilor la români !) (Calamé-Griaule, 1991, p. 432).

Forţa limbajului simbolic al metaforelor este vectorul principal utilizat de filosofiile Orientului în transmiterea adevărurilor profunde promovate de ele.

Deoarece principalele simboluri ale limbajului metaforic îşi au originea în unitatea primară, relaţia om-natură, acesta este tipul privilegiat de comunicare prin care copilul obţine informaţiile necesare formării unei viziuni coerente asupra lumii.

Înţelegând faptul că limbajul logic, raţional, prin însăşi rigoarea şi disciplina la care forţează mintea noastră, promovează o serie de limite şi este, prin aceasta, inadecvat înţelegerii unor adevăruri mai profunde privind unitatea om-natură-univers, înţeleptul taoist Chuang Tzu utiliza deseori metafora, povestea, fabula, pentru a-şi ajuta discipolii să ajungă singuri la aspectele profunde ale mesajului său. Iată una din poveştile sale :

> *„A fost odată un dragon numit Kui care, invidios fiind pe mersul unui centipod, l-a întrebat : «cum poţi să-ţi conduci cele o sută de picioare pe când eu îmi conduc cu greu singurul meu picior ? ». «Este foarte simplu, replică centipodul. Eu nu le conduc deloc. Ele se aşază peste tot unde există o bucăţică de pământ»".*

Învăţăturile zen-budiste integrează poveştile şi metaforele în discursuri măiestrite cu grijă, care au ca scop vehicularea de paradoxuri menite să spargă automatismele gândirii logice. Alteori, propoziţii simple, cu un înţeles indirect şi iconic, mediază între fapte ale experienţei cotidiene şi adevăruri ce trec dincolo de cuvinte : „Arată-mi sunetul făcut de pocnetul degetelor unei mâini" sau „Care este secretul înţelepciunii, cunoaşterii ? ", întreabă tânărul călugăr. „Când îţi este foame mănânci şi când eşti obosit dormi", răspunde învăţătorul.

În timpul Evului Mediu, savanţii arabi au alcătuit pentru medici ghiduri traduse în latină şi în alte limbi, cunoscute sub denumirea de *Tables de*

santé, *Tacinum sanitatis*, dintre care unele s-au păstrat, în manuscris, până în zilele noastre. Astfel, într-unul din aceste *Tacinum sanitatis* de Ibn Bada este scris „Fiecare familie trebuie să desemneze o persoană cu rolul de «confabulator»" ; acest „confabulator" era foarte necesar pentru menţinerea sănătăţii. El trebuia să fie cineva cu simţul umorului şi să cunoască multe poveşti şi ficţiuni pentru delectarea spiritului şi pentru a provoca râsul. „Confabulatorul" trebuia să aibă capacitatea de a scurta sau lungi aceste poveşti, să le înflorească, să le amplifice, să le selecţioneze în funcţie de situaţie ; era necesar, de asemenea, să aibă maniere alese, să fie capabil să rămână treaz multă vreme. În povestea 40 a lucrării *Geste Romanum* (*cf.* Calamé-Griaule, 1991, p. 433) există o mică indicaţie diagnostică pentru a afla dacă cineva este bolnav psihic şi cum poate acesta să fie vindecat printr-o poveste. Această idee se regăseşte mai târziu în tradiţia arabă şi, probabil, colecţia de povestiri *1001 de nopţi* este una dintre cele mai potrivite ilustrări ale utilizării terapeutice a poveştilor.

În lucrarea sa *Les ficelles du Conte*, A. Pellowsky (*cf.* Calamé-Griaule, 1991, p. 433) face descrierea unor păpuşi foarte ciudate utilizate în ritualuri ce aveau ca scop tratarea unor boli. Ele au fost descoperite de spanioli la venirea lor în America Centrală şi s-a dovedit că erau specifice populaţiei băştinaşe acestei regiuni. După semnalarea prezenţei lor în secolele XVII-XVIII, acestea au dispărut pentru totdeauna din zonă, unele dintre ele aflându-se în prezent într-o colecţie a Universităţii Goetenberg. Conform acestor ritualuri, când un copil sau un adult se îmbolnăvea psihic, era adus la un vindecător, bărbat sau femeie. Acesta făcea păpuşi mici ce reprezentau membri ai familiei sau animale şi, după ce lua o bucată de pânză din îmbrăcămintea acestuia, reconstituia povestea bolii bolnavului, făcând-o mai puţin înspăimântătoare ; vindecătorul îi spunea bolnavului : „Spune în şoaptă ce te tulbură şi pune păpuşile în cutie" ; apoi cutia era arsă, ascunsă sau îngropată, după care i se spunea bolnavului : „Problemele vieţii tale au luat sfârşit".

Poveştile terapeutice se găsesc şi în practicile terapeutice populare tradiţionale româneşti. Majoritatea descântecelor utilizează metafore surprinzătoare pentru a mări forţa magică a cuvintelor, gesturilor şi obiectelor.

Într-o lucrare de referinţă pentru folcloristica românească (*Descântecele românilor*, Bucureşti, 1931), A. Gorovei face o subtilă analiză psihologică şi socială a descântecelor, evidenţiind, între altele, limbajul metaforic al acestora.

Într-un descântec „de plămădirea inimei" se spune : „Cum plămădeşte fagurul de miere,/ cum se plămădeşte aluatu-n căpistere,/ cum se

plămădeşte merele-n măr,/ cum se plămădeşte perele-n păr,/ cum se plămădeşte varza-n grădină,/ cum se plămădeşte ou-n găină,/ aşa să se plămădească inima..." (A. Gorovei, 1990, p. 190)

De foarte multe ori descântecele iau forma unor poveşti care astăzi ar putea fi numite poveşti terapeutice. Enumerăm câteva tipuri de astfel de poveşti (A. Gorovei, 1990, pp. 200-205):

- „se povesteşte, în puţine cuvinte, că boala însoţită de altceva a plecat încotrova; că acel ceva s-a întors, iar boala nu s-a mai întors la pacient";
- „în descântece mai lungi, se povesteşte cum s-a mântuit bolnavul de boală prin ajutorul unor fiinţe care săvârşesc oarecare acţiuni menite să îndepărteze sau să nimicească boala";
- „se povesteşte despre lucruri care nu se pot întâmpla, lucruri absurde; după cum lucrurile acestea sunt imposibile, tot aşa de imposibilă trebuie să fie şi boala pentru pacient (foc negru, a mânca fără gură, a tăia fără cuţit etc.)" etc.

Nu putem încheia aceste consideraţii istorice asupra poveştilor terapeutice fără să amintim pildele biblice care, şi astăzi, ca secole de-a rândul, îşi dovedesc virtuţile lor tămăduitoare. „Îmi voi deschide gura în pilde, voi spune lucruri ascunse de la întemeierea lumii" (Matei, 13, 35), spune Hristos. „Îmi voi deschide gura şi voi vorbi în pilde, voi vesti lucruri ascunse de mult, ce am auzit, ce ştim, ce ne-au istorisit părinţii noştri", spune psalmistul (Psalmul 78, 2-3). Nu putem să nu recunoaştem în aceste „lucruri ascunse", ca şi în celelalte expresii metaforice, ceea ce mai târziu a fost conceptualizat cu termenul de „inconştient", un rezervor inepuizabil de resurse, în raport cu care metaforele şi poveştile terapeutice joacă rolul unui adevărat catalizator.

3. Metafora – în discursul unor şcoli terapeutice

Metafora are rădăcini adânci în spiritul omului. Ea este produsul fazelor primare ale cunoaşterii şi comunicării interumane. De aceea, acest mijloc de ***transfer*** (din gr. *meta-pherein* – a duce dincolo) de semnificaţii este practic nelipsit din majoritatea sistemelor teoretice şi tehnicilor de intervenţie psihoterapeutică.

3.1. Metaforă şi psihanaliză

Propunându-şi să descrie arhitectonica complexă a personalităţii, precum şi tehnicile de influenţare terapeutică ale acesteia, Freud utilizează în mod frecvent metaforele. De altfel, majoritatea conceptelor utilizate de Freud sunt expresia condensată a unor metafore: complexul Oedip, complexul castrării etc. *Prelegerile de psihanaliză* sunt pline de metafore referitoare la inconştient, rezistenţă, interpretare. Manifestările clinice, simptomele pacienţilor nu sunt altceva decât exprimări metaforice ale conţinuturilor psihologice refulate; ele sunt „un substitut nou, artificial şi efemer al elementului refulat şi care îi seamănă cu atât mai puţin cu cât deformarea sa, sub influenţa rezistenţei, este mai mare" (Freud, 1980, pp. 389-390).

Inconştientul – concept central al teoriei psihanalitice – are o structură metaforică: „...inconştientul se serveşte [...] de un anumit simbolism, care uneori variază de la o persoană la alta, dar care prezintă şi trăsături generale şi se reduce la anumite tipuri de simboluri, aşa cum le regăsim în ***mituri şi basme***" (s.n.; Freud, 1980, p. 394) (Blaga afirma, şi el, că metaforele sunt expresia categoriilor şi matricilor stilistice abisale).

În aceste condiţii, travaliul psihanalitic, ce-şi propune conştientizarea şi integrarea conţinuturilor psihice refulate, utilizează în mod frecvent o comunicare de tip metaforic.

Analizând locul metaforei în comunicarea terapeutică, Pétot (1994, pp. 4-13) evidenţiază că psihanaliza copiilor presupune, deseori, jocuri de rol, în cursul cărora copilul şi terapeutul joacă scenarii propuse de copil. Deşi în tehnicile psihanalitice iniţiale (Hermine von Hug-Hellmuth, 1917), analogiile evidente între dorinţele şi temerile personajelor imaginare şi cele ale copilului care le-a imaginat nu-i sunt direct comunicate acestuia, practicile recente, îndeosebi cele de inspiraţie kleiniană, includ, deseori, comunicarea analogiilor şi a interpretării scenariilor pacientului-autor.

Psihopatologia contemporană subliniază necesitatea diferenţierii între nivelurile literal şi metaforic ale mesajelor. Cu toate că Korzybski (1941) şi mişcarea semanticii generale au subliniat pericolul confundării comunicării cu reflexiile asupra comunicării („harta nu este teritoriul"), „psihanaliza este o teorie care confundă harta cu teritoriul, unde drama oedipiană nu este considerată o metaforă, o hartă, ci un fapt literal" (Madanes, 1991, p. 212).

Dacă la aceasta adăugăm caracterul polisemantic al metaforelor, imposibilitatea testării empirice a conceptelor descrise metaforic, înţelegem o bună parte a criticilor aduse psihanalizei.

Şi alte tehnici terapeutice, precum visul treaz dirijat, analiza tranzacţională şi art-terapia utilizează abordări metaforice.

3.2. Metafora în psihoterapia ericksoniană

M. Erickson este un maestru în domeniul metaforei. Felul său de a asculta şi observa un subiect, modul de a răspunde sunt pentru el mijloace de prelucrare a mesajelor metaforice pe care şi le comunică oamenii.

Abordările sale terapeutice abundă de metafore, unele bazându-se pe experienţa personală, altele inspirate din experienţa pacienţilor săi. Utilizarea inovativă a metaforelor în psihoterapie de către Erickson nu a fost iniţial apreciată ca atare. Erickson însuşi nu a teoretizat aspectele referitoare la utilizarea metaforelor terapeutice, când, cum şi de ce acestea influenţează schimbarea terapeutică. Colaborarea ulterioară cu E. Rossi a condus la elaborarea unor teoretizări în acest domeniu, care au valorificat experienţa lor în domeniul metaforelor şi sugestiilor indirecte precum şi cercetările psihofiziologice privind funcţiile celor două emisfere cerebrale.

Având în vedere că emisfera dreaptă este mult mai implicată decât cea stângă în medierea proceselor emoţionale şi imagistice, s-ar putea afirma că simptomele psihosomatice sunt procesate de funcţii cerebrale aparţinând emisferei drepte. Dacă „simptomele sunt expresii ale limbajului emisferei drepte, utilizarea limbajului mito-poetic ar putea fi un mod de a comunica direct cu emisfera dreaptă în propriul său limbaj" (Erickson şi Rossi, *cf.* J. Mills *et al.*, 1986, p. 17). Acest fapt ar putea explica, în concepţia autorilor, de ce abordarea metaforică în terapie are o eficienţă mai rapidă decât cea psihanalitică.

Erickson a fost foarte talentat în ceea ce ulterior s-a numit „comunicarea pe două niveluri" – conştient/inconştient. În timp ce conştientul este ocupat cu prelucrarea mesajului (în forma conceptelor, ideilor, poveştilor, imaginilor), un alt mesaj poate fi strecurat în inconştient folosind implicaţiile, analogiile. Mesajul metaforic activează asociaţiile inconştiente ce întrerup vechiul răspuns comportamental prin generarea de noi înţelesuri care, la rândul lor, produc noi răspunsuri comportamentale. Se iniţiază astfel un proces circular autogenerativ care construieşte schimbarea terapeutică într-un ritm propriu fiecărui pacient. M. Erickson îşi începea deseori terapiile prin poveşti ce evidenţiau capacităţile de învăţare ale fiinţei umane, fapt ce facilita atât stabilirea unei bune relaţii terapeutice, cât şi sublinierea unor mesaje pozitive. Este, într-adevăr, dificil să refuzi ideea conform

căreia am început să învăţăm de când ne-am născut – deşi acest lucru nu a fost totdeauna uşor. De câte ori nu am căzut înainte de a putea merge, câte confuzii, greşeli nu am făcut înainte de a învăţa să vorbim, să scriem etc... ! Întrucât „am învăţat să învăţăm" de când ne-am născut, suntem capabili să învăţăm până la sfârşitul vieţii noastre, chiar dacă începutul fiecărei învăţări este mai dificil. Dezvoltând această temă, terapeutul induce idei pozitive privind evoluţia terapiei.

Deseori, Erickson „pregătea terenul" povestind poveşti fără raport direct cu problema pacientului, ori, pur şi simplu, spunând poveşti complet absurde, care aveau ca scop destabilizarea sau dezorganizarea conştientului. El repeta fraze precum „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, atunci vă veţi schimba". Acest tip de formulare misterioasă şi fascinantă provoacă pacientul să caute în el însuşi resursele necesare schimbării aşteptate.

Cu cât rezistenţele pacientului sunt mai intense, cu atât apelul la metafore este mai ridicat. Pentru a ilustra această idee putem cita cazul unei femei frigide, speriată de orice conversaţie asupra sexualităţii şi care i-a solicitat ajutorul lui M. Erickson. Acesta, fără să o întrebe de amănuntele problemei sale sexuale, a provocat-o să-i povestească în cele mai mici detalii felul în care proceda pentru a-şi dezgheţa frigiderul.

În mod frecvent la M. Erickson, abordarea metaforică a simptomului lua forma prescripţiilor metaforice, simbolice, însoţite de ritualuri. Astfel, unei femei obeze, acesta i-a cerut să poarte în fiecare zi în geantă o piatră de 3 kg. Arderea, distrugerea, îngroparea sunt acţiuni care fac deseori parte din prescripţiile simbolice, din cele de doliu în special – indiferent de ce fel de tip de doliu este vorba. Să amintim că doliul nu se referă în mod necesar la pierderea unei persoane iubite, ci la orice pierdere în general, precum pierderea unui obiect, faptul că un proiect a devenit nerealizabil etc.

Ceea ce-l deosebeşte pe Erickson de alţi terapeuţi este faptul că se abţine să interpreteze pacientului semnificaţiile metaforelor utilizate. Consecvent principiilor enunţate mai sus, Erickson consideră că nu este nevoie să „traducă" comunicarea „inconştientă" într-o formă conştientă. Dacă pacientul comunică într-o formă metaforică, Erickson răspunde în acelaşi registru. Utilizând poveştile, acţiunea interpersonală şi prescripţiile, el lucrează în cadrul oferit de metaforă pentru a provoca o schimbare, evitând transformarea mesajului ori a acţiunii metaforice într-un discurs raţional, conştient, fapt ce ar putea dăuna rapidităţii şi profunzimii schimbării. Comentând acest fapt, Haley nota: „În general, interpretările operate

asupra comunicărilor inconştientului sunt în mod absurd reducţioniste, cum ar fi şi faptul de a rezuma o piesă de Shakespeare într-o singură frază" (Haley, 1984, p. 33).

3.3. Metafora în neuroprogramarea lingvistică

Iniţiatorii programării neurolingvistice (P.N.L.) nu puteau ocoli problema metaforei. Fără a detalia principiile de bază ale P.N.L., menţionăm doar că în concepţia lui Bandler şi Grinder privind metafora regăsim, în mare măsură, ideile privind comunicarea promovate de Erickson şi Şcoala de la Palo Alto.

Combinând observaţiile personale cu cele efectuate asupra activităţii lui Erickson în clinica sa, aceştia propun un mecanism ce ar putea explica modul de operare al metaforei. Acesta presupune treceri (modificări) succesive ale mesajului metaforic prin trei stadii diferite:

1) *Nivelul semnificaţiilor exterioare* – metafora prezintă o structură exterioară (de suprafaţă) a înţelesului în cuvintele povestirii;
2) Aceasta activează *o structură asociată* mai profundă a înţelesurilor, care este indirect relevată ascultătorului;
3) La rândul ei, această structură activează ***o structură profundă regenerată*** a înţelesurilor care este direct relevată ascultătorului.

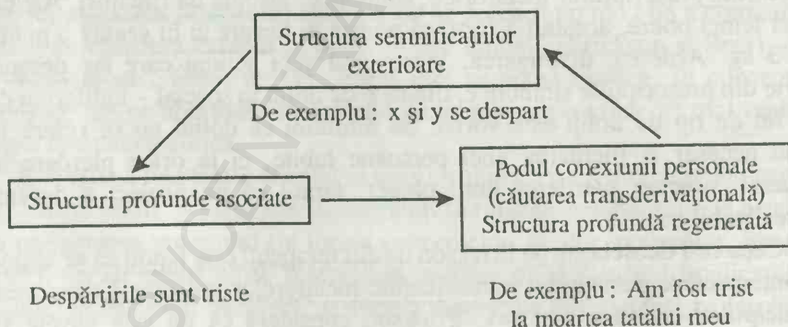


Fig. 5 – *Modul de operare al metaforei* (Bendler şi Grinder)

Parcurgerea celei de a treia etape presupune activarea *căutării transderivaţionale*, prin care ascultătorul relaţionează metafora cu el însuşi. Prin acest proces, clientul generează înţelesul care este în cea mai mare măsură relevant pentru experienţa sa actuală. Acest ultim nivel este cel care dă putere metaforei. Acţiunea poveştii serveşte doar ca o vizibilă punte de

legătură între ascultător şi mesajul poveştii. Fără corelaţiile invizibile ale cercetării personale, mesajul nu trece niciodată „podul". O dată conectarea realizată, se stabileşte o relaţie interactivă între poveste şi lumea interioară a ascultătorului, prin care povestea trăieşte şi se dezvoltă în continuare.

Acest proces poate fi reprezentat ca în fig. 5.

3.4. Metafora în terapia familiei

„Comunicarea metaforică ocupă un loc central în terapie", spune C. Madanes într-un studiu referitor la psihoterapia familiei (Madanes, 1990, p. 18). În acord cu teoria psihanalitică, ea consideră că simptomul, comportamentul „problemă", poate fi metafora sau simbolul altor comportamente sau relaţii din sistemul familial.

Pentru a evita activarea rezistenţelor, demersul terapeutic se poate situa, el însuşi, la nivel metaforic. Astfel, terapeutul selectează cele mai importante elemente ale situaţiei pe care le translatează în echivalenţe metaforice şi le prezintă ca ingrediente ale unei poveşti probleme sau ale unui joc pe care cuplul sau individul le vor dezvolta. Astfel, de pildă, fiecare din cei doi membri ai cuplului poate primi spre rezolvare o problemă care este o metaforă a dificultăţilor cu care cuplul se confruntă. Spre deosebire de alte abordări în care metafora, povestea utilizată de terapeut, vehiculează în acelaşi timp şi problema şi alternative de soluţionare, în acest caz clienţii îşi creează propriile metafore şi găsesc, tot ei, soluţiile adecvate.

Consecventă acestui tip de abordare metaforică, C. Madanes recomandă, mai ales în cazul persoanelor cu comportamente compulsive autodistructive, prescrierea unor acte simbolice. Această strategie implică înfăptuirea repetitivă, de către pacient, a unor acte simbolice autodistructive, dar fără consecinţe autodistructive. Comportamentele de acest tip sunt de obicei încercări de a pedepsi pe cineva care nu manifestă suficientă dragoste şi atenţie. De aceea, actul simbolic trebuie să implice o anumită pedepsire simbolică a acestora (Madanes, 1990, p. 25):

De pildă, în cazul unei paciente bulimice, terapeutul poate aranja ca familia să cumpere tot ceea ce ea preferă să mănânce (pui fript, cartofi prăjiţi, îngheţată, prăjituri etc.) şi să aşeze alimentele în ordine pe masa din bucătărie. În prezenţa familiei, pacienta bulimică va strivi şi amesteca toate alimentele cu mâinile sale pentru a simboliza ce se întâmplă în stomacul său când digeră mâncarea. Când toată mâncarea este astfel amestecată, ea este aruncată la toaletă. Dacă toaleta se

înfundă, membrul familiei pe care pacienta îl iubeşte sau faţă de care are resentimente (de exemplu, tatăl) este singurul care va desfunda toaleta. Actul simbolizează nu numai ce-şi face pacientul lui însuşi, dar şi situaţia în care îşi pune familia.

În psihoterapia familiei trebuie evitată confruntarea dintre modelul propus de terapeut şi cel al familiei prin adoptarea unei perspective interacţioniste de tip evolutiv în care cele două modele se transformă reciproc până la atingerea unui echilibru concretizat într-un model ce aparţine în egală măsură celor doi termeni ai relaţiei.

Pentru ca două sisteme să fie realmente în interacţiune în cadrul unui proces creativ, trebuie ca între ele să existe o discontinuitate, o marjă de indecidabilitate (un teren al nimănui, un loc în care nimeni nu ia decizii definitive). Dintr-o astfel de perspectivă, povestea terapeutică joacă rolul de a marca metaforic acest spaţiu „indecidabil" care se poate numi spaţiu terapeutic.

Povestea terapeutică calificată cu atributul de „sistemică", spun Ph. Caillé şi Y. Rey, poate introduce o articulaţie suplă a modelelor prezente (ale terapeutului şi familiei) şi împiedică blocajul ce ar putea rezulta dintr-o situaţie de monopol. Ea ocupă spaţiul terapeutic ca „obiect flotant" care nu aparţine în mod propriu nici familiei, nici terapeutului, dar care are o linie de apartenenţă la ambii termeni ; povestea aparţine în egală măsură terapeutului care a construit-o, dar şi familiei care i-a furnizat materialul psihologic necesar şi care o va completa. Ambele părţi au aceleaşi drepturi de a o contesta, modifica sau apăra.

Prezentăm una din poveştile utilizate de Ph. Caillé şi Y. Rey într-o terapie familială (1988, pp. 40-41) :

„Au fost odată într-o ţară în întregime imaginară, dar în timpurile noastre, patru copii care trăiau la bunicii lor. Ei locuiau, toţi şase, într-o mare suburbie a unui oraş modern. Apartamentul, situat la ultimul etaj al unui bloc imens, gri şi anonim, era minuscul.

Bunicii şi copiii erau înghesuiţi în câţiva metri pătraţi. Trăiau profund lipsa confortului şi a banilor. Bunica, foarte bătrână, începuse să bată câmpii şi să fie din ce în ce mai arţăgoasă. Cât despre bunic, pe el nu-l interesa deloc ce se petrecea în jurul lui : el fusese totdeauna un distrat, singurul său lucru de valoare era un telescop şi singura sa pasiune era să observe stelele.

Copiii acestei poveşti, dintre care doi erau deja adolescenţi, începuseră să găsească spaţiul prea strâmt şi atmosfera prea înăbuşitoare.

Certurile şi strigătele deveniseră din ce în ce mai frecvente, iar momentele de linişte prea apăsătoare. Copiii sufereau chiar şi de foame. Pe scurt, ei visau la un orizont mai larg, mai calm, la un loc în care ar fi putut râde şi unde ar fi putut creşte în linişte.

Deîndată ce seara venea, când bunica era, în sfârşit, adormită şi bunicul contempla stelele, începeau să depene proiecte. Nu se gândeau decât la călătorii, aventuri, evadări, descoperiri. Dar, trebuie să o spunem, entuziasmul celor mai în vârstă era, oarecum, temperat de neliniştea celor mai mici, mai ales când era vorba de fixarea datei plecării. Bineînţeles că era tentant să părăsească acest adăpost strâmt şi precar, dar marele oraş necunoscut îi speria foarte mult. Ei presimţeau că oraşul era plin de lucruri minunate, dar la fel de plin şi de pericole. Cine i-ar proteja în acest nou univers ?

Totuşi, seară după seară, proiectul prindea formă şi, într-o noapte foarte întunecată, când totul era liniştit în jurul lor, ieşiră tiptil ducând cu ei puţinul pe care îl aveau. Copilul cel mai mic era şi cel mai neliniştit şi cu reţinerile cele mai mari în a părăsi acest loc, desigur inconfortabil, dar bine cunoscut şi securizant. De aceea, fără a spune un cuvânt celorlalţi trei, băiatul a început să deşire lungul fular pe care i-l făcuse bunica. El agaţă ici-colo bucăţi de lână, ca repere, în caz că ar trebui să se întoarcă. Copiii, conduşi de cel mai mare dintre ei, dar tresărind la cel mai mic zgomot neobişnuit, au mers unul în spatele celuilalt o bună parte a nopţii.

Oraşul începuse să-şi schimbe aspectul : bulevardelor largi mărginite de blocuri le-a urmat un cartier liniştit şi mai întunecos cu locuinţe mai scunde şi înconjurate cu grădini întinse. Fosforescenţa veselă a neoanelor dispăruse şi noaptea părea din ce în ce mai ameninţătoare.

Copiilor le era foame şi frig, ar fi dorit să se odihnească, să doarmă. Cel mai mare i-a anunţat că un prieten i-a vorbit de un han care ar fi trebuit să fie foarte aproape. Era un fel de casă de primire, un adăpost pentru copiii în dificultate.

«Luminile, din vale, spre dreapta, trebuie să fie ale acestui han. Hai să vedem dar să fim prudenţi», a spus fratele cel mare, adăugând «Mi s-a spus şi că acest loc s-ar putea să fie periculos, că s-ar putea ca sub acoperirea casei de primire să fie un loc de întâlnire al răufăcătorilor, că, în orice caz, ar fi riscuri».

Copiii sunt foarte obosiţi, ce credeţi ? Ce ar putea face ? Povestea noastră se opreşte aici, noi nu cunoaştem sfârşitul şi vă rugăm pe fiecare dintre voi să o termine şi să inventeze sfârşitul său".

Pacienţii : părinţii cu cei doi copii ai lor.

În această variantă, povestea terapeutică este o poveste neterminată. Ea se opreşte în momentul unei alegeri sau a unei situaţii cu un grad mai mare sau mai mic de ambiguitate. După o scurtă pauză, terapeutul cere fiecăruia dintre membrii familiei să furnizeze în scris idei privind finalul poveştii.

O modalitate deosebită de utilizare a metaforei constă în a face apel la un obiect metaforic. La virtuţile terapeutice ale metaforei, deja evidenţiate până în prezent, obiectul metaforic adaugă una deosebită : prezenţa sa materială în timpul şedinţei. „Obiectul metaforic – spune C. Angelo (1987, p. 107) – este un mijloc de comunicare ce vehiculează ca atare numeroase mesaje legate de caracteristicile sale structurale şi, într-o manieră mai largă, legate de semnificaţiile care îi sunt atribuite de familie şi terapeut."

Deseori, obiectul metaforic este concretizarea materială a unei metafore verbale. Obiectul metaforic aparţine deopotrivă universului obişnuit al familiei, dar şi noii realităţi pe care o creează relaţia terapeutică dintre familie şi terapeut. El exprimă într-o manieră vizibilă şi concretă relaţiile, regulile, comportamentele familiei sau ale unuia dintre membrii săi. Pentru a fi eficient, obiectul trebuie plasat într-un anume moment al terapiei, în funcţie de obiectivele acesteia ; în caz contrar, se poate ajunge nu numai la eşecul metodei, ci şi al întregii terapii.

La fel ca şi povestea terapeutică, obiectul metaforic permite terapeutului să evite absorbţia lui într-o situaţie dificilă şi confuză şi să rămână în exteriorul unui proces care implică obiectul metaforic şi familia. Decentrarea terapeutului – favorizată de obiectul metaforic – are mecanisme asemănătoare inducţiei hipnotice : „La fel cum hipnotizatorul se serveşte de un obiect pentru a provoca o stare de transă, terapeutul se serveşte de obiectul metaforic pentru a provoca în interiorul sistemului o stare de curiozitate şi tensiune în creştere. Atenţia se concentrează asupra obiectului metaforic permiţând terapeutului să se decentreze" (C. Angelo, 1987, p. 115).

Obiectul metaforic permite terapeutului să introducă un cod nou în definirea şi interpretarea faptelor petrecute, cod ce va provoca o serie de procese de redefinire între diferiţi membri ai familiei şi între aceştia şi terapeut.

Putem ilustra aceste consideraţii asupra obiectului metaforic cu un exemplu furnizat de C. Angelo (1987), în care familia tratată este compusă din tată, mamă şi fiu (adoptat) de 18 ani. Motivaţia de participare a celor trei la terapie era oarecum diferită (părinţii pentru homosexualitatea fiului, fiul pentru a obţine mai multă autonomie).

Mama nu ar fi dorit să se discute despre faptul că fiul este adoptat, decât dacă acesta ar fi declanşat primul discuţia.

După ce membrii familiei şi-au expus motivaţia de participare la psihoterapie, a urmat un moment în care era evident că psihoterapia stagna datorită complicităţii tacite a celor trei de a nu vorbi despre ceea ce îi frământa de fapt cel mai mult. Pentru a învinge această rezistenţă, terapeutul utilizează ca obiect metaforic (metafora „materială" a secretului !) un plic în care se află o coală albă de hârtie nescrisă :

Terapeutul (întinzând fiului plicul cu un aer hotărât) : „Ascultă, aş vrea să te opreşti să vorbeşti de nevroză şi de bisexualitate şi să vorbeşti despre problema care se află aici în interior".

Fiul (ia plicul, îl priveşte, apoi îl deschide scoţând foaia de hârtie) : „Adică ?"

Terapeutul : „Adică despre problema care este prezentată acolo, în interior (arătând spre plic), care nu este nici o problemă de bisexualitate, nici de nevroză, ci o problemă de alt tip".

Este iniţiat astfel un dialog în care terapeutul, utilizând obiectul metaforic ca expresie figurativă a unor atitudini şi comportamente, îi provoacă pe membrii familiei la explicaţii şi redefiniri până când ei ajung în situaţia de a comunica deschis, autentic, în legătură cu problema care îi frământă.

Deoarece concluziile formulate de C. Angelo în legătură cu acest caz vizează funcţiile generale ale obiectului metaforic, considerăm util să le enunţăm pe scurt :

a) Prezentarea plicului permite întreruperea unei discuţii sterile în care toţi evită, din motive personale diferite, stabilirea unui scop terapeutic comun şi verbalizarea unei probleme (adopţia) care îi implică emoţional ;

b) Terapeutul impune familiei o anumită direcţie pe care o doreşte, negând, în aparenţă, că acţionează îndepărtând toate argumentele care nu sunt în acord cu obiectivul propus ; când un membru al familiei nu urmează direcţia sau rezistă, obiectul este trecut altcuiva pentru a-l ajuta pe primul ;

c) Obiectul metaforic devine un puternic mijloc de control, un mijloc care permite terapeutului să se retragă din joc când situaţia devine periculoasă, sau să creeze un impas relansând mingea în terenul familiei şi verificând, din exterior, ceea ce se întâmplă ;

d) *Obiectul metaforic are funcţia de a elimina factorii de interferenţă în linia intervenţiei programate şi de a solicita revenirea la aceasta la sfârşitul fiecărei paranteze interactive.*

4. Alcătuirea propriilor metafore terapeutice

Se spune deseori că soarta unui cuvânt nu depinde de gura care îl rosteşte, ci de urechea la care ajunge. Totuşi, pentru ca metafora să producă efectul aşteptat la cel care o ascultă, ea trebuie să se conformeze unor exigenţe.

Deşi creativitatea şi experienţa terapeutului sunt factori importanţi în alcătuirea şi utilizarea metaforelor terapeutice, este utilă, credem, trecerea în revistă a unor reguli şi etape care ar putea orienta orice terapeut în acest demers.

Expunerea care urmează respectă, în prima ei parte, în linii mari, modelul propus de D. Gordon (1990).

1) Pentru o terapie de succes şi, implicit, pentru a crea o metaforă terapeutică eficientă, este important ca terapeutul să înţeleagă şi să formuleze corect problema, să evidenţieze că soluţia se află într-un domeniu controlat de pacient.

2) Metafora trebuie să întâlnească, să intre în acord cu reprezentarea clientului privind problema sa. Acesta se recunoaşte, mai mult sau mai puţin conştient, în personajele şi evenimentele poveştii metaforice. De aceea, izomorfismul vizează nu numai persoanele şi faptele situaţiei problematice a clientului, ci şi relaţiile dintre acestea. Accentuând asupra acestui ultim aspect, Gordon notează: „Când se aleg personajele, nu are importanţă ce sunt, ci în ce relaţie se găsesc unele cu altele" (fig. 6).

3) Soluţia problemei – finalul poveştii. Orice metaforă propune o soluţie. Aceasta poate fi ori expresia intuiţiei terapeutului, ori construită din elementele furnizate de client. De cele mai multe ori, clienţii cunosc soluţia, dar rămân blocaţi când trebuie să realizeze „podul" dintre situaţia problematică şi finalul dorit. Deseori suntem atât de aproape de copaci încât nu mai vedem pădurea. Metafora nu face altceva decât, depărtându-ne puţin de elementele cotidiene ale problemei, să ne ofere o imagine mai clară, o altă perspectivă, hartă de care avem nevoie pentru a ieşi din labirint!

În general, soluţia are două componente: scopul şi strategia.

Formularea corectă a problemei (etapa 1) implică şi o formulare corespunzătoare a scopului. De aceea, în continuare, vom insista asupra strategiei.

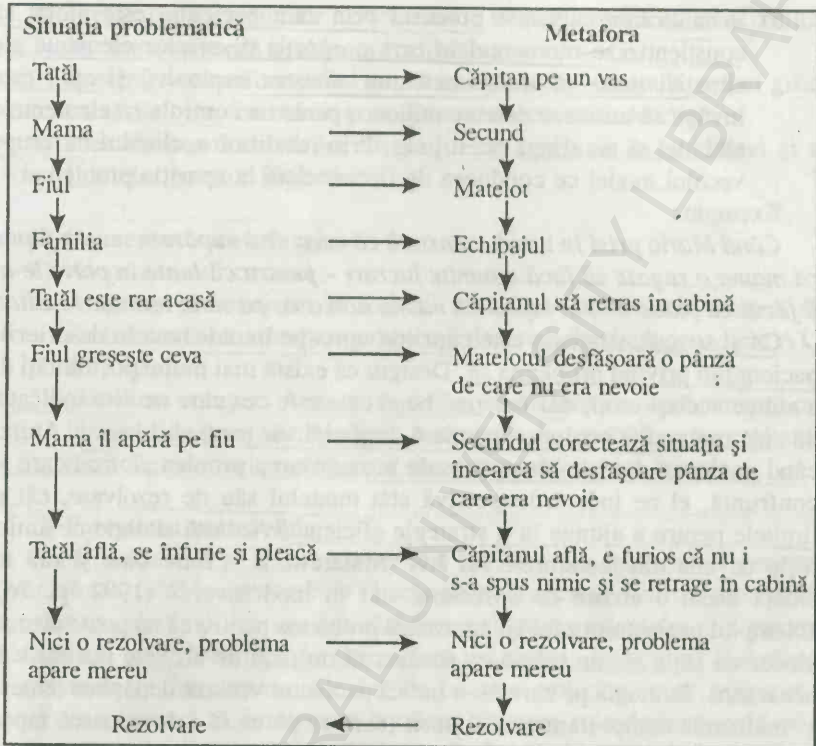


Fig. 6 – *Exemplu de izomorfism între o situaţie problematică şi metaforă*

În mod evident, pacientul a încercat deseori să-şi atingă scopul. Faptul că se află la terapeut dovedeşte că nu a reuşit. Strategia de legătură este „podul", pe care terapeutul îl formulează metaforic şi care trebuie să permită trecerea de la situaţia problematică actuală la soluţia dorită.

Strategia de legătură are la bază o bună înţelegere a situaţiei-problemă. Conceptele de „calibrare" şi „recalibrare", propuse de Gordon, sunt foarte utile pentru realizarea acestui fapt.

a) De cele mai multe ori problematica se repetă. Configuraţii identice sau asemănătoare de evenimente se repetă, ducând de fiecare dată la experienţele conflictuale nedorite. Dar elementele situaţiei problematice, deşi pot fi mereu prezente, nu provoacă „explozia" decât atunci când ating un anumit „prag critic". Este vorba de „picătura care umple paharul". Prin urmare, transformarea situaţiei problematice în problemă este o chestiune de „calibrare".

b) Recalibrarea cuprinde procesul prin care pacientul este ajutat să conştientizeze momentul în care proporţia diverselor elemente ale situaţiei tinde să alcătuiască „un amestec exploziv" şi apoi este învăţat să utilizeze diverse mijloace pentru a controla ca elementele situaţiei să nu atingă acest prag. Prin recalibrare, clientul întrerupe vechiul model ce conducea de fiecare dată la apariţia problemei.

Exemplu :

Când Maria privi în urmă, constată că ceea ce o supărase nu era faptul că mama o rugase să facă anumite lucruri – pentru că luate în parte le-ar fi făcut cu plăcere –, ci faptul că mama dorea ca ea să le termine imediat.

Ca şi scopul, strategia este cuprinsă aproape întotdeauna în descrierile pacientului privind problema sa. Desigur că există mai multe posibilităţi de a atinge acelaşi scop, dar cea mai bună cale este cea care ne este indicată, de cele mai multe ori într-o manieră implicită, de pacientul însuşi. Atunci când pacientul descrie eşecurile sale în rezolvarea problemelor cu care se confruntă, el ne indică deopotrivă atât modelul său de rezolvare, cât şi limitele pentru a ajunge la o strategie eficientă. Această situaţie ne aminteşte de una din metaforele lui J.A. Malarewicz : „Între bine şi rău nu există decât o eroare de apreciere, dar în mod invers" (1992, p. 76). Exemplul pacientului care îşi agravează problema pentru că nu poate discuta sincer cu soţia sa, de teamă ca aceasta să nu râdă de el, este ilustrativ în acest sens. Strategia pe care ne-o indică pacientul vizează depăşirea temerii şi realizarea comportamentului dorit (care ar putea să-i dovedească faptul că frica lui era complet neîntemeiată !).

4) Resemnificarea. Metafora propune o nouă lectură a realităţii prin evidenţierea altor cadre de referinţă. Ea se comportă ca o hartă pe care terapeutul o suprapune peste realitatea, teritoriul pacientului. Ea este astfel o ilustrare a faimosului aforism al lui Korzybski – „harta nu este teritoriul". Ea „disociază" pacientul de realitatea sa, în general greoaie şi invalidantă, pentru a-l plasa la un nivel unde alternativele posibile prind formă (Malarewicz, 1992). Pacientul poate învăţa, de pildă, că tristeţea şi teama – de care vrea să scape – au şi aspecte pozitive, iar exprimarea lor poate fi uneori utilă !

Rezumând aceste etape, propuse de Gordon, procesul formulării unei metafore terapeutice ar putea arăta până acum astfel :

A) Adunarea de informaţii :

1) Identificarea persoanelor importante implicate şi a relaţiilor dintre ele ;

2) Precizarea elementelor caracteristice situaţiei problemă şi a felului în care evoluează problema (calibrare) ;
3) Precizarea transformărilor urmărite de pacient (scopul), având grijă ca să fie bine formulate şi în domeniul controlat de client ;
4) Identificarea încercărilor clientului de rezolvare a problemei şi a limitelor acestor încercări.

B) **Conceperea metaforei :**
1) Alegerea unui context ;
2) Alegerea personajelor şi acţiunii metaforei astfel încât acestea să fie izomorfe cu situaţia – problemă descrisă de client (punctele A1, A2, A3) ;
3) Stabilirea soluţiei. Aceasta va trebui să includă, în conformitate cu informaţiile furnizate de client, o strategie de reechilibrare, rezultatul dorit şi, eventual, redefinirea situaţiei problematice iniţiale.

C) **Povestirea metaforei :**
Dacă punctele A şi B, prezentate mai sus, descriu doar cadrul general al metaforei, felul în care trebuie să acţioneze terapeutul pentru a transpune în practică principiul izomorfismului dintre situaţia pacientului şi povestea metaforică, povestirea metaforei se referă la „sintaxa metaforei" (Gordon) şi răspunde la întrebarea : Ce fel de cuvinte utilizăm, cum povestim, pentru ca povestea să declanşeze la client căutarea transderivaţională ce-l va duce, în cele din urmă, la soluţia „unică" a problemei sale ?

Izomorfismul metaforei este expresia imaginii pe care terapeutul şi-a făcut-o despre problema clientului. De cele mai multe ori însă, nu ştim niciodată exact ce simte şi ce gândeşte el. De aceea modelul propus de poveste poate întâlni modelul pacientului, doar în măsura în care cunoştinţele utilizate lasă o anume libertate de proiecţie de semnificare. Cum metafora a fost construită pentru pacient, singura interpretare adecvată, „corectă" este cea propusă de el.

În concepţia lui Gordon, modelul sintactic al metaforei cuprinde :
a) *Lipsa indicilor de relaţie.* De cele mai multe ori, cuvintele utilizate (substantive, adjective, pronume etc.), atunci când povestim un eveniment, se referă la ceva clar precizat din experienţa noastră. Când însă povestim o metaforă trebuie să ne ferim să fim foarte exacţi, foarte clari, tocmai pentru a provoca pacientul la o „investire de sens". Astfel, spunând „undeva, departe..." lăsăm pacientului libertatea de a situa într-un loc anume („locul lui") acţiunea poveştii.

Absenţa indicilor de relaţie îl vor provoca pe pacient să-şi pună întrebări precum „Cine?", „Ce?" etc., la care va găsi *propriile* răspunsuri.

b) *Utilizarea unor verbe neprecizate.* Verbele descriu felul în care acţionăm. Cu cât sensul lor este mai puţin precizat de diverse complemente, cu atât pacientul are o mai mare libertate în a-şi imagina cum a acţionat eroul povestirii. „Într-un târziu, după mai multe încercări, el a ajuns..."

c) *Utilizarea nominalizărilor.* Acest procedeu presupune substantivizarea expresiilor ce denumesc în realitate procese, acţiuni. În acest fel, sunt omise o serie de informaţii. Astfel, dacă spunem „În momentul de răgaz pe care îl avea, *şi-a amintit* că...", în mod logic trebuie să continuăm să spunem *noi* ce anume şi-a amintit eroul. Dar dacă spunem „În momentul de răgaz pe care îl avea, *o amintire* nu-i dădea pace", lăsăm *pacientului* libertatea să-şi imagineze ce anume şi-a amintit eroul.

d) *Utilizarea, în cadrul metaforei*, a unor comenzi şi sublinieri. Metafora vehiculează în mod indirect mesaje ce propun schimbarea modelului de depăşire a unei situaţii. Există mai multe momente în cadrul poveştii, în care sunt enunţate idei semnificative în acest sens. Aceste idei pot fi subliniate cu ajutorul intonaţiei, utilizând anumite gesturi ori atingând pacientul cu mâna. Alteori putem încastra o anume comandă în textul poveştii, înscriind numele pacientului, înaintea unor propoziţii semnificative.

Exemplu:

„Atunci, zâna cea bună s-a apropiat de el şi i-a spus «Nu te teme!»"; această frază poate deveni: „Atunci, zâna cea bună s-a apropiat de el şi i-a spus: «George, Nu te teme!»".

Subliniind eficienţa terapeutică a metaforelor, J.A. Malarewicz (1992) face şi el precizări utile privind sintaxa acestora. Astfel, atunci când construim o metaforă trebuie să avem în vedere următoarele:

- să definim orientarea senzorială a pacientului, pentru a utiliza cuvintele potrivite; optimizarea comunicării din această perspectivă este pe larg analizată de neuroprogramarea lingvistică (Bandler şi Grinder);
- să utilizăm activităţile favorite ale acestuia;
- să nu ne temem să fim repetitivi;
- să utilizăm umorul şi/sau detaliile incongruente;
- să ne jucăm cu cuvintele şi simbolurile;
- să asigurăm metaforei mai multe niveluri de comprehensiune etc. (Malarewicz, 1992, pp. 77-78).

Având ca model de inspirație basmul tradițional, J.C. Mills și R.J. Crowley (1986) propun o schemă foarte utilă de construcție a metaforelor terapeutice. Principiul general este tot cel al izomorfismului, principiu aplicat, în mod explicit, și în raport cu conflictul trăit de pacient. Pentru a construi o metaforă eficientă trebuie să parcurgem următoarele etape :

1) Stabilirea unui cadru general al conflictului metaforic în relație cu protagonistul.
2) Personificarea proceselor inconștiente sub forma unor eroi sau a unor persoane care sar în ajutor (reprezentând abilitățile și resursele protagonistului) și a unor personaje rele ori a unor piedici (reprezentând temerile și credințele negative).
   Uneori chiar solicitarea ajutorului poate fi un semn al înțelepciunii și puterii. „Inteligența celui puternic constă adesea în a nu se teme să ceară ajutor celui slab" (Malarewicz, 1992, p. 75). Să ne amintim de câte ori eroii pozitivi ai basmelor noastre nu sunt ajutați de o broască, un pește, o albină etc.
3) Personificarea situațiilor de învățare paralelă în care protagonistul a avut succes.
4) Prezentarea crizei metaforice într-un context al rezolvării inevitabile, prin care protagonistul își depășește sau își rezolvă problema.
5) Dezvoltarea de către protagonist a unui nou sentiment al identității, a unei noi imagini de sine, ca rezultat al acestei victorioase „aventuri eroice".
6) Culminarea cu o sărbătorire (celebrare) în care este recunoscută prețuirea specială de care se bucură protagonistul.

5. Funcțiile metaforei terapeutice

Prezentarea de până acum a problematicii metaforei a evidențiat deja o serie de funcții ale acesteia.

a) *Declanșează căutarea transderivațională.* Fiecare individ are o anume reprezentare despre situația în care se află. Mesajele pe care le putem integra în această reprezentare au sens, celelalte, nu. Informațiile transmise de metaforă sunt izomorfe celor conținute de reprezentarea, modelul pacientului. Dacă în baza acestei asemănări se creează o punte între lumea metaforei și universul individual, atunci înseamnă că informația primită are sens. Căutarea și verificarea au fost realizate cu succes. Acest proces poartă numele de căutare transderivațională și face ca metafora să fie un atât de bun „transportor" al schimbării.

Spunând o poveste, provocăm pacientul la un proces de căutare transderivaţională cu scopul de a da sens celor auzite. Aceste căutări conştiente sau inconştiente vor mobiliza resursele pacientului ce vor conduce, în final, la modificarea modelului despre lume, în sensul rezolvării problemelor.

b) *Funcţia de mediator*. Povestea terapeutică creează o realitate psihologică ce se interpune între pacient şi terapeut, evitându-se astfel confruntarea directă dintre aceştia. Această realitate aparţine deopotrivă amândurora; ea aparţine terapeutului care spune povestea, dar şi pacientului care îi dă un sens anume, păstrându-şi deplina libertate a gândurilor sale.

Comentariile şi interpretările pe care pacientul le dă povestirii îi furnizează informaţii care, în alte situaţii, ar determina activarea rezistenţelor. Metaforele dau persoanei şansa de a se exprima într-o formă de comunicare pe care, în mod normal, nu o utilizează prea des.

c) *Funcţia regresivă*. Povestea mobilizează capacităţile imaginative ale subiectului şi comportă o dimensiune regresivă accentuată. Copilăria este, toţi ştim, perioada poveştilor, este vârsta la care totul este posibil deoarece graniţa dintre realitate şi ficţiune poate fi foarte uşor trecută. Însăşi formula tradiţională cu care încep poveştile – „A fost odată...” – are o conotaţie regresivă. Poveştile deschid uşa spre fantezie, spre gândirea metaforică, spre o reacţie lipsită de teamă faţă de conţinuturile fantastice, spre mitul veneraţiei şi al minunii. Sunt autori care accentuează acest proces regresiv, spunând povestea, în mod explicit, copilului care există în fiecare dintre noi! Astfel, J.A. Malarewicz (1992, p. 86) propune o „metaforă-tip” pe care o introduce în cadrul terapiei cu următoarea formulă:

> *„Este vorba despre o poveste pe care aş dori să o povestesc fetiţei (băieţelului) care se află în tine. Deoarece doar fetiţele (băieţii) pot înţelege această poveste şi pot apoi să-l ajute, peste câteva zile probabil, pe adultul care se află în tine şi care relatează dificultăţile despre care îmi vorbeşti”.*

Această formulă invită pacientul să abandoneze regulile rigide ale gândirii logice specifice adultului şi să regăsească spontaneitatea, fantezia şi creativitatea ce caracterizează gândirea şi comportamentul infantil. O abordare metaforică a acestei idei este cunoscuta lucrare a lui Saint-Exupéry, *Micul Prinţ*.

d) *Funcţia de „oglindă”*. Povestea metaforică favorizează distanţarea pacientului de propriul conflict, externalizarea lui. În poveste, spune

Bettelheim, procesul intrapsihic generat de situaţia problematică este externalizat şi devine astfel mai accesibil unui examen raţional când este reprezentat de personajele şi evenimentele poveştii.

e) *Funcţia de model*. Poveştile furnizează situaţii test, în care pacientul poate încerca soluţii, răspunsuri neobişnuite în raport cu gândurile şi sentimentele lui de până atunci, şi apoi să le aplice la propriile conflicte, într-o manieră experimentală.

f) *Funcţia de resemnificare*. Am amintit deja această funcţie cu ocazia prezentării modelului de construcţie al poveştilor metaforice. Orice poveste schimbă perspectiva şi cadrele de referinţă, dezvăluind noi semnificaţii, oferind o imagine mai completă asupra problemelor noastre. Nimic nu este în mod absolut bun sau rău. Lucrurile nu sunt bune sau rele, spunea W. Shakespeare, gândurile noastre le fac astfel. Această schimbare de perspectivă o întâlnim şi în multe din zicalele, proverbele şi poveştile populare româneşti : „Rău cu rău, dar mai rău fără rău" spunem deseori când, cu înţelepciune, constatăm că „răul" suferit ne-a ferit de un alt „rău", mai mare !

Această funcţie este foarte bine ilustrată de povestea „Harap-Alb" a lui Ion Creangă. Despărţirea de neobişnuiţii tovarăşi de drum ai fiului de crai se încheie cu următoarele cuvinte :

> „*De-am fost rău, tu ni-i ierta,*
> *Căci şi răul prinde bine la ceva*" (I. Creangă, 1980, p. 126)

Însuşirile, caricaturale la prima vedere, ale personajelor – Setilă, Gerilă, Flămânzilă, Păsări-Lăţi-Lungilă – se dovedesc a fi, în cele din urmă, calităţi, „resurse" surpriză care i-au asigurat succesul eroului principal.

Tăcerea, incapacitatea pacientului de a vorbi în prezenţa unor persoane mai puţin cunoscute, poate fi expresia unei calităţi pe care el nu o conştientizase : capacitatea de a asculta ! „Vorba este de argint, tăcerea este de aur ! " spune un proverb românesc. În ciuda acestui fapt, toţi vor să ne înveţe cum să vorbim şi nimeni cum să tăcem !

6. Trebuie să explicăm pacienţilor metaforele ?

Metafora vorbeşte prin ea însăşi. A-i explica mesajul înseamnă a-i micşora puterea de a provoca la ascultător un *univers personal* plin de fantezie şi

creativitate. Există, deseori, tentaţia la terapeuţii începători, încă nesiguri pe ceea ce fac, de a explica, dorind să se asigure că metafora a fost „bine" înţeleasă.

Povestea care urmează ilustrează bine acest fapt (M. Dufour, 1993, p. 55).

„Într-o zi, discipolul se plângea maestrului său : «Nu înţeleg totdeauna semnificaţia poveştilor tale, de ce nu mi le explici ? ». Maestrul i-a replicat : «Cum ai reacţiona dacă cineva ar mesteca un fruct înainte de a ţi-l da ? »."

Problema rămasă în discuţie se referă la faptul dacă metafora trebuie înţeleasă la nivelul conştientului sau al inconştientului. După cum am văzut, M. Erickson consideră că metafora este un mijloc de a comunica cu inconştientul pacientului ; alţi autori subliniază că o metaforă uşor accesibilă conştientului este mai puţin eficientă deoarece activează rezistenţe.

O poziţie mai nuanţată adoptă J. Quelet (1993, pp. 13-15). El consideră că metafora nu trebuie să fie obscură spiritului conştient al pacientului, dar nu este util ca acesta să şi-o amintească în mod conştient. De aceea terapeutul poate crea o uşoară confuzie ori o amnezie structurată. Însă este foarte important, continuă J. Quelet, ca pacientul să nu poată detecta uşor legătura dintre metaforă şi propria sa problemă.

Capitolul VII

PRESCRIPȚIILE PARADOXALE ÎN PSIHOTERAPIE

1. **Logica realității**
2. **Paradox și psihoterapie**
3. **Intervențiile terapeutice paradoxale**
4. **Definiții ale paradoxului terapeutic**
5. **Paradoxul terapeutic în logoterapie**
6. **Intervențiile paradoxale în psihoterapia scurtă promovată de Școala de la Palo Alto**
   - **6.1. Intervenții specifice**
   - **6.2. Intervenții generale**
   - **6.3. Simularea simptomului**
7. **Paradoxul în terapia ericksoniană**

1. Logica realităţii

Este „realitatea" pe care o trăim, totdeauna, logică?

Spre deosebire de realitatea fizică („*res*") care, într-un fel sau altul, este accesibilă simţurilor şi prin aceasta îşi dovedeşte existenţa, „realitatea" psihologică are drept criteriu certitudinea subiectivă, credinţa: dacă cred în ceva, acel ceva există! (Teorema lui Thomas: „Dacă oamenii definesc o situaţie ca fiind reală, atunci această situaţie este reală prin consecinţele definirii ei ca reală" [W.T. Thomas]. Realitatea psihologică este o realitate construită, ea este „realitatea de ordinul II" (Watzlawick), „lucrul pentru sine" (Kant). Această construcţie, pentru a rezista atât forţei îndoielilor noastre, cât şi argumentelor contrare ale celorlalţi trebuie să aibă o anume coerenţă logică (deşi realitatea psihologică este puternic impregnată afectiv, conţine o serie de credinţe - postulate a căror demonstrare logică nu o considerăm necesară, deoarece valoarea lor de adevăr ni se pare foarte evidentă). În virtutea acestui fapt, s-a spus deseori că omul este o fiinţă raţională, în timp ce alţii, cred - mai aproape de adevăr - au subliniat că omul este, mai degrabă, o fiinţă raţionalizatoare, evidenţiind nevoia de coerenţă, de organizare logică, a acestuia. În general, imaginea pe care o avem despre realitatea înconjurătoare este o construcţie raţională, logică, şi ori de câte ori apar informaţii ce pun în pericol echilibrul logic al imaginii noastre despre lume, psihismul uman activează, mai mult sau mai puţin conştient, mecanisme de protecţie ale acestui echilibru (vezi teoria disonanţei cognitive, L. Festinger).

Doar în situaţii problematice, de criză, putem constata că realitatea (*res*) diferă de imaginea noastră despre ea; lucrurile „refuză" să intre în tiparul logic al imaginii noastre! În astfel de situaţii avem deseori tendinţa de a nega existenţa aspectelor „ilogice" ale realităţii: haosul nu există pentru că nu poate fi gândit spun filosofii.

Da, omul este o fiinţă raţională, dar poate deveni „prizonierul" logicii lui, incapabil să vadă dincolo de teritoriul circumscris de principiile logicii sale. Principiul logicii aristoteliene al terţiului exclus ne obligă deseori să gândim situaţiile problematice în care ne aflăm în termeni dilematici - „a fi sau a nu fi", a treia posibilitate nu există! Şi totuşi viaţa este mult mai complexă, are propria sa „logică", ce nu ţine seama de principiul terţiului exclus. Între „a fi sau a nu fi" pot exista atâtea nuanţe!

Meditând la aceste lucruri, mi-am amintit de unul din basmele citite în copilărie, în care un boier, iritat de isteţimea unei fete simple, din popor,

îi întinde acesteia capcana logică a terţului exclus, poruncindu-i să se prezinte la curtea boierească nici îmbrăcată, nici dezbrăcată, nici călare, nici pe jos, nici pe drum, nici pe lângă drum!

În faţa acestei dileme logice, înţelepciunea populară (basmul este cules într-o localitate din jurul Iaşului!) a găsit o soluţie neaşteptată:

> *„Cum se făcu dimineaţă, fata aruncă pe dânsa un polog (plasă), luă mâţele la subţiori, încălecă pe un ţap şi plecă la curtea boierească. Mergând astfel pe drum, ea nu era nici călare, nici pe jos, căci îi da de pământ când un picior, când altul, ţapul fiind pitic; umbla nici pe drum, nici pe lângă drum, căci ţapul nu ţinea drumul drept. Aci trecea pe lângă câte un gard să apuce câte un lăstar de la vrun pomişor; aci trecea de cealaltă parte. Nu era nici îmbrăcată, nici dezbrăcată, cu pologul aruncat pe dânsa."* (Fata săracului cea isteaţă, în P. Ispirescu, 1993, pp. 83-90)

Nici realitatea creată de matematică, o construcţie, prin definiţie, logică, nu a putut să se conformeze principiului terţului exclus.

Astfel, se ştie că numerele sunt pozitive, negative sau egale cu zero. Prin urmare, orice număr care nu este nici pozitiv, nici egal cu zero, este în mod necesar negativ, şi orice număr care nu este nici negativ, nici egal cu zero este în mod necesar pozitiv; a treia posibilitate nu există! Şi totuşi, dacă dorim să rezolvăm o ecuaţie în aparenţă simplă $X^2 + 1 = 0$, vom observa că soluţia acesteia nu se situează în domeniul definit mai sus, pentru că nu există nici un nr. $X = \sqrt{-1}$ într-un domeniu conceptual, în care numerele sunt sau pozitive, sau negative, sau egale cu zero. În faţa acestui paradox, matematicienii au fost nevoiţi să inventeze numărul imaginar „i", rădăcina pătrată a lui „–1"! (P. Watzlawick, 1988, p. 273).

Având în vedere că, la început, numerele utilizate de matematică se refereau la obiectele concrete (metri, Kilograme etc.), rezultatele calculelor ar trebui să păstreze aceeaşi relaţie cu lumea concretă pe care o descriu numerele iniţiale. Or, exemplul de mai sus dovedeşte că lucrurile nu stau totdeauna aşa!

Încă din Antichitate sunt menţionate o serie de paradoxuri care, prin simplitatea lor, au făcut să deraieze riguroasa logică aristoteliană ca şi logica noastră cotidiană. Am putea aminti celebra afirmaţie a lui Epimenide Cretanul – „Toţi cretanii sunt mincinoşi" – ca şi dureroasa dilemă a teologilor: ce ar răspunde D-zeu diavolului care, sfidând omnipotenţa Sa, i-ar sugera să creeze o stâncă atât de mare încât nici chiar El-însuşi, D-zeu, nu ar putea să o ridice!

E greu de acceptat, în cadrul logicii cotidiene, că Epimenide spune adevărul când minte şi minte când spune adevărul şi că D-zeu, în atotputernicia Sa, se vede în imposibilitatea de a îndeplini condiţia cerută !

2. Paradox şi psihoterapie

Se pot distinge trei tipuri de paradoxuri diferite : paradoxurile logico-matematice (sau antinomiile), definiţiile paradoxale (sau antinomiile semantice) şi paradoxurile pragmatice (care îşi exercită influenţa lor asupra celui căruia i se adresează). Acestea din urmă au consecinţe existenţiale importante, prin faptul că pot influenţa relaţiile interpersonale, antrenând stări de confuzie care, în anumite cazuri, se pot solda cu deteriorarea stării mentale.

Situaţia terapeutică este ea însăşi paradoxală. Pe de o parte, pacientul vine la terapeut cu scopul declarat de a se schimba, dar se „agaţă" de problemele sale, opunând tratamentului o enormă rezistenţă. Dar paradoxul este creat şi de cei ce îngrijesc pacienţii. Spitalele sunt făcute deopotrivă pentru pacienţi şi pentru personalul de îngrijire care, uneori, pot avea interese contradictorii. De aceea unele acţiuni de „bunăvoinţă" faţă de pacienţi pot fi puse în practică esenţialmente pentru a ameliora condiţiile de muncă ale personalului ; sau, de fiecare dată când se reorganizează sistemul în interesul spitalului, spunându-se însă pacientului că este în interesul său, se creează o situaţie de dublă constrângere care conduce pacientul să acţioneze într-o manieră „schizofrenică". Astfel, pentru a nu fi intempestiv deranjat, un medic şi-a scris pe uşa de la intrare : „Biroul doctorului X. Bateţi în uşă, vă rog ! ". Şi de fiecare dată când trecea pe lângă uşă, conştiincios, un bolnav bătea în uşa doctorului şi trecea mai departe !

Prima întreprindere sistematică asupra comunicării paradoxale şi paradoxului terapeutic a fost efectuată de reprezentanţii Şcolii de la Palo Alto. Reprezentanţii acestei şcoli, în frunte cu G. Bateson, au fundamentat teoria „dublei constrângeri" (*double bind*) ca unul din principiile fundamentale ale comunicării, schimbării şi creativităţii.

Bateson şi-a dat seama că înţelegerea dublei constrângeri şi a manifestărilor sale în situaţia terapeutică este cheia inovaţiei în domeniul psihoterapiei. În dubla constrângere patogenă, subiecţii sunt puşi într-o situaţie în care nu ştiu cum să acţioneze, pentru că fiecare din alternativele „logice" posibile riscă să se întoarcă împotriva lor. Este cazul bărbatului care, după câţiva ani de căsătorie, este interpelat de soţia sa : „La început, când mă

iubeai, îmi aduceai flori" ; dacă ulterior soţul nu-i aduce flori, confirmă că nu o mai iubeşte, dacă îi aduce flori, acestea nu au nici o valoare pentru că au fost aduse la cerere! În dubla constrângere terapeutică, pacienţii sunt conduşi să aleagă alternative care îi vor obliga, în mod necesar, să iasă din situaţia problematică în care se află.

3. Intervenţiile terapeutice paradoxale

Intervenţiile terapeutice paradoxale au la bază ideea că în gândirea oricărui individ coexistă mai multe niveluri logice, în plan conştient sau inconştient, şi că acestea pot fi emise simultan într-o comunicare interumană. Paradoxul este o propoziţie în acelaşi timp falsă şi adevărată, mobilizează un „joc" între ceea ce este ascuns şi ceea ce este aparent, între ceea ce este spus şi ceea ce este nespus în mesajul comunicat. Paradoxul terapeutic se manifestă în acelaşi fel, terapeutul suprapunând intenţionat două sau mai multe niveluri logice în cadrul interacţiunii terapeutice.

Deseori, paradoxul vizează mobilizarea atenţiei pacientului pentru a-l conduce indirect la un nivel logic (în general, perceput ca adevărat) prin critica unui alt nivel logic (perceput ca fiind fals). În plan comportamental, sfidarea sau conformarea în raport cu prescripţia terapeutică de tip paradoxal conduce pacientul la un comportament adaptativ, deşi acesta este (aparent) altul (uneori contrariul) a ceea ce solicită terapeutul (exemplu de prescripţie paradoxală pentru un pacient ce suferă de insomnii: „Nu dormi! ").

Pentru a multiplica nivelurile logice ale comunicării sale, terapeutul recurge deseori la un limbaj imagistic şi metaforic. Utilizarea negaţiei se poate înscrie în aceeaşi dimensiune plurisemantică paradoxală a limbajului terapeutului. Astfel, enunţul *„Gândiţi-vă la un papagal albastru"* sau *„Ascultaţi-mă cu atenţie"* (enunţ deseori întâlnit în discursul unor terapeuţi) vor mobiliza, mai degrabă, procese de rezistenţă, în timp ce, dacă aceste enunţuri sunt înlocuite cu *„Nu vă gândiţi la un papagal albastru"* sau *„Nu sunteţi obligaţi să mă ascultaţi"*, paradoxul introdus prin negaţie stârneşte curiozitatea şi are toate şansele de a provoca efectul invers dorit!

Şi limbajul nonverbal poate introduce un nivel logic suplimentar prin plasarea mesajului verbal într-un anumit context spaţio-temporal. În general, acest mesaj nonverbal, pentru a fi mai bine perceput, va intra în opoziţie cu un mesaj verbal. (De exemplu, pare destul de logic să spui unei

paciente că, dacă nu poate dormi, să se ridice din pat şi să spele vesela din bucătărie ; pare însă mai puţin obişnuit dacă acest lucru trebuie făcut doar după miezul-nopţii !)

Am amintit deja că pacientul care se prezintă la terapeut se găseşte deseori în situaţia paradoxală de a solicita non-schimbarea. Conform logicii obişnuite, terapeutul se opune simptomului, într-o manieră mai mult sau mai puţin directă ; utilizarea paradoxului pune terapeutul în situaţia inversă, aceea de a prescrie „non-schimbarea". Folosind în mod subtil prescripţii care aparent au ca scop menţinerea simptomului, terapeutul pune pacientul în faţa propriilor contradicţii, obligându-l să acceadă la un alt nivel logic.

Exemplu :

„Nu schimba nimic ! ",

„Faceţi ceea ce aţi mai făcut ! " etc.

Prin îndeplinirea unor astfel de prescripţii, nivelul logic la care pacientul ajunge este cel al controlabilităţii simptomului !

Pentru a intra mai mult în „logica" prescripţiilor paradoxale vom prezenta câteva din definiţiile întâlnite în literatura de specialitate, definiţii ce pun accentul pe diversele dimensiuni ale paradoxului terapeutic.

4. Definiţii ale paradoxului terapeutic

Aşa cum este concepută de C. Madanes (1981, pp. 7-8), intervenţia paradoxală poate fi definită astfel : „Într-un context în care clientul vine la terapie pentru a se schimba, terapeutul îi cere să producă mai mult din acelaşi comportament pe care pacientul doreşte să-l schimbe şi, în contextul acceptării naturii involuntare a comportamentului manifestat de client, terapeutul cere ca pacientul să producă acest comportament voluntar".

Alte definiţii evidenţiază faptul că o injuncţie paradoxală este una care, dacă este corect executată, este nesocotită de către pacient ; dacă este nesocotită, este îndeplinită (exemplu : Fii spontan !). În aceste condiţii, o intervenţie paradoxală este orice intervenţie, comandă, predicţie, cerere care, dacă este urmată sau acceptată, va conduce la obţinerea opusului a ceea ce aparent s-a intenţionat să se obţină. Aplicată la psihoterapie, ea are un caracter dialectic, constând în intervenţii terapeutice aparent auto-contradictorii şi, uneori, absurde.

Succesul intervenţiei paradoxale depinde de sfidarea de către familie (pacient) a instrucţiunilor terapeutului sau de urmarea lor până la un punct absurd şi apoi refuzarea lor. „Dacă o familie sfidează continuu intervenţii

al căror succes depinde de conformarea faţă de ele, se poate afirma, fără teama de a greşi, că există anumite interacţiuni ascunse în sistem care minează utilitatea lor – anumite alianţe secrete, lupte, coaliţii, pe care familia refuză să le evidenţieze sau să le schimbe. *„Ţinta paradoxului sistemic este această interacţiune ascunsă care se exprimă ea însăşi în simptom*" (Papp, 1980, p. 46, s.n.).

În sfârşit, Watzlawick consideră că intervenţia paradoxală este orice intervenţie desemnată să producă ceea ce el numeşte schimbare de ordinul doi, prin spargerea cercului vicios ce alimentează simptomul, cerc constituit din „soluţii ce menţin problema" : a face mai mult din acelaşi lucru.

În cercetarea sa asupra paradoxului terapeutic, „A Delphi Study of Paradox in Therapy", Christine Watson subliniază marea diversitate de definiţii şi modalităţi specifice de utilizare a paradoxului terapeutic. Analizând definiţiile experţilor incluşi în studiul său, autoarea identifică şapte direcţii majore în definirea intervenţiilor paradoxale (C. Watson, 1985, p. 15) :

1) Intervenţia paradoxală există doar în mintea spectatorului.
2) Intervenţia paradoxală are un caracter intuitiv şi experienţial.
3) Intervenţia paradoxală este un arhetip simbolic al paradoxurilor din viaţa de zi cu zi.
4) Intervenţia paradoxală se află într-o strânsă relaţie cu conceptele cauzalităţii circulare şi cu natura sistemică a intervenţiilor.
5) Intervenţia paradoxală este dependentă de percepţia clientului asupra unei intervenţii specifice.
6) Intervenţia paradoxală este un termen ce desemnează ceva anume din ceea ce face terapeutul.
7) Intervenţia paradoxală este o sintaxă specifică.

Analiza acestor tipuri de definiţii conduce la câteva observaţii. În primul rând, se recunoaşte faptul că fiecare – terapeut şi pacient – construieşte o anume „realitate" şi că ceea ce este paradoxal pentru unul poate să nu fie la fel pentru celălalt (1, 2). Apoi, este evident că intervenţiile paradoxale depăşesc sfera intelectului (2, 3), ele nefiind pe deplin explicabile în sfera logicii şi implicând întreaga fiinţă a subiectului. Având în vedere caracterul lor intuitiv şi experienţial, prescripţiile paradoxale nu pot fi explicate, definite, fără a fi distruse, „omorâte", la fel cum o glumă bună îşi pierde hazul după explicarea poantei.

Intervenţiile paradoxale dobândesc forţa necesară iniţierii schimbării terapeutice doar în contextul realităţii psihologice împărtăşite de pacient şi terapeut. Schimbarea terapeutică, efect al intervenţiilor paradoxale, necesită

schimbarea perspectivei, a afirmaţiilor de bază ale pacientului privind problema sa. Pacientul trebuie să caute soluţii într-o manieră total diferită de cea încercată până atunci, soluţiile implicând întreaga fiinţă a acestuia.

În acelaşi timp, marea varietate de definiţii date „intervenţiilor paradoxale" constatată de C. Watson, precum şi caracterul inedit al multor prescripţii şi abordări paradoxale utilizate de practicieni ne îndreptăţesc să afirmăm că utilizarea paradoxului în psihoterapie provoacă, în egală măsură, valenţele creative ale pacientului şi terapeutului.

5. Paradoxul terapeutic în logoterapie

Paradoxul în logoterapie este în mare parte subsumat etichetei „intenţie paradoxală" (*paradoxical intention*), tehnică dezvoltată de V. Frankl în 1929, termenul ca atare fiind utilizat de autor într-o lucrare publicată cu aproape douăzeci de ani mai târziu (1947).

Frankl explică eficienţa acestei tehnici prin evidenţierea şi anihilarea mecanismelor psihologice ce întreţin fobiile, comportamentele de tip obsesiv-compulsiv şi unele tulburări sexuale.

Fobiile sunt întreţinute de fenomenul cunoscut sub numele de *anxietate anticipativă*. Este bine cunoscută zicala „De ce ţi-e teamă nu scapi!".

Un simptom anume evocă fobia sub forma „aşteptării anxiogene" de reapariţie a ei. Anxietatea anticipativă măreşte probabilitatea simptomului, apariţie care întăreşte fobia, fobie ce alimentează anxietatea anticipativă. Se formează, astfel, un cerc vicios ce tinde să confirme zicala de mai sus, menţinând subiectul într-o situaţie fără scăpare (fig. 8).

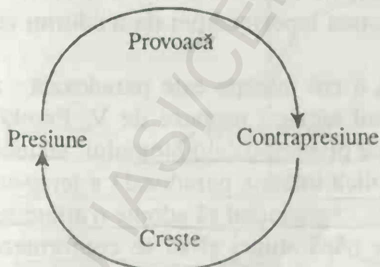


Fig. 7 – *Cercul vicios care menţine comportamentul obsesivo-compulsiv*

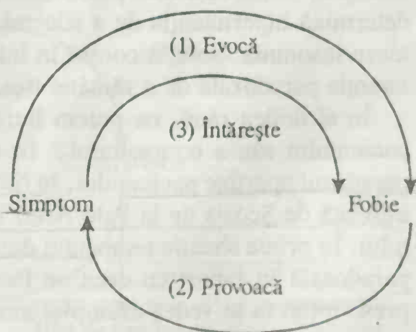


Fig. 8 – *Cercul vicios care întreţine fobiile*

Un cerc vicios asemănător se formează în cazul pacienţilor cu manifestări obsesiv-compulsive : cu cât se luptă mai mult împotriva unei obsesii, cu atât ea devine mai puternică (fig. 7).

Intenţia paradoxală îşi propune să întrerupă aceste mecanisme psihologice ce menţin şi întăresc fobiile şi comportamentele obsesiv-compulsive. Pentru a diminua anxietatea anticipativă – „teama de teamă" – subiectul trebuie adus în situaţia să facă sau să gândească lucruri de care îi este teamă. Situaţia poate fi bine descrisă de zicala „a face haz de necaz". De altfel, un element important al intenţiei paradoxale este evocarea deliberată a umorului. La urma urmei, simţul umorului este una din capacităţile specific umane, mai precis, capacitatea de „auto-detaşare". Omul este singura fiinţă capabilă să râdă ! (Fals. Şi cimpanzeii râd.)

În intenţia paradoxală, teama patogenă este înlocuită cu dorinţa de a rămâne în contact cu obiectul fricii ! Un exemplu simplu poate ilustra acest procedeu : emotivitatea crescută pe care o trăieşte o persoană când vorbeşte în public poate deveni din ce în ce mai intensă pe măsură ce vorbitorul încearcă să şi-o controleze ; în acest caz, comportamentul paradoxal este acela de a mărturisi în faţa publicului emoţia pe care o trăieşte şi, întrucât nu trebuie să mai facă eforturi pentru a şi-o controla, va putea vorbi mai relaxat !

Există câteva deosebiri importante între această tehnică şi tehnica paradoxală a prescrierii simptomului – tehnică utilizată îndeosebi de terapia strategică promovată de Şcoala de la Palo Alto.

În primul rând, intenţia paradoxală nu se centrează asupra simptomului şi intensificării lui, ci mai degrabă asupra fricii ce stă la baza lui. De exemplu, teama că nu voi putea dormi stă la baza insomniei ; această teamă determină hiperintenţia de a adormi, care nu face altceva decât să accentueze insomnia. Soluţia constă în înlocuirea hiperintenţiei de a adormi cu intenţia paradoxală de a rămâne treaz.

În al doilea rând, ne putem întreba a cui intenţie este paradoxală : a pacientului sau a terapeutului ? În cazul tehnicii propuse de V. Frankl, paradoxul aparţine pacientului, în timp ce prescripţia simptomului, tehnică utilizată de Şcoala de la Palo Alto, implică intenţia paradoxală a terapeutului. În prima situaţie terapeutul doreşte ca pacientul să adopte o atitudine paradoxală în raport cu ceea ce făcuse până atunci şi să se conformeze prescripţiei (a se vedea exemplul anterior : mărturiseşte-ţi emoţiile în faţa publicului căruia îi vorbeşti !), în timp ce, în al doilea caz, terapeutul se aşteaptă ca pacientul (sau familia) să facă opusul a ceea ce i se cere (prescripţiile paradoxale a căror eficienţă se bazează pe sfidarea lor de

către pacient: mama hiperprotectivă căreia i se prescrie intensificarea comportamentului protectiv faţă de copil, terapeutul având intenţia paradoxală ca mama, în cele din urmă, să se revolte împotriva acestei prescripţii).

În cazul acestor două structuri patogene prezentate de V. Frankl, pacientul luptă împotriva fricii, a obsesiilor sau compulsiilor. *Pattern*-ul sexual neurotic, cea de-a treia structură patogenă de care se ocupă logoterapia, se caracterizează printr-o cu totul altfel de luptă: lupta pacientului pentru plăcerea sexuală. Ideea paradoxală care stă la baza terapiei în acest domeniu este aceea că, cu cât cineva urmăreşte mai mult plăcerea, cu atât mai puţin o va avea!

Cercul vicios ce accentuează impotenţa sau lipsa orgasmului este explicat de V. Frankl cu ajutorul conceptelor *hiperintenţie şi hiperreflexie*: când potenţa şi orgasmul devin ţinte ale intenţiei, ele devin şi obiecte ale atenţiei. Aceste două fenomene se întăresc unul pe celălalt, stabilind un feed-back ce fixează simptomul. Pentru a obţine potenţa şi orgasmul, pacientul îşi orientează atenţia asupra lui însuşi, asupra propriilor performanţe şi trăiri. Cu cât mai intensă este această autoobservare (hiperreflexie), cu atât mai mult el nu-şi mai poate observa partenerul şi ceea ce acesta oferă ca stimuli sexuali ce ar putea să-i excite sexualitatea. Acest fapt diminuează potenţa şi orgasmul, situaţie care la rândul său accentuează intenţia pacientului şi astfel cercul vicios este completat.

Pentru a sparge acest cerc vicios trebuie activate forţe cu efect centrifug. Hiperreflexia poate fi contracarată cu ajutorul tehnicii numită *dereflexie*: li se spune pacienţilor ca în loc să se observe pe ei înşişi, să uite de ei. Dar nu pot uita de ei înşişi fără să se dăruiască pe ei înşişi (fig. 9).

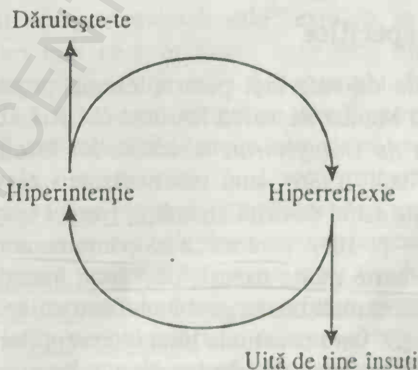


Fig. 9 – *Cercul vicios care menţine tulburările sexuale şi soluţiile pentru spargerea lui*

Între prescripţiile terapeutice care decurg din tehnica dereflexiei le menţionăm pe cele care elimină ideea de „performanţă" din sexualitate, favorizând astfel manifestarea liberă a sentimentelor şi emoţiilor sexuale: interzicerea actului sexual (coitus); în cazul anorgasmiei se poate prescrie pacientei să-şi orienteze atenţia asupra partenerului, pentru a identifica ce anume calităţi fac din el persoana iubită, sau care anume din comportamentele ei sexuale îi provoacă lui cea mai mare plăcere!

O parte din ideile promovate de V. Frankl au fost preluate de adepţii terapiei comportamentale care, „degresându-le" de cadrul de referinţă existenţial specific logoterapiei, au fundamentat tehnici noi utile în combaterea insomniei, retenţiei urinare etc. Ele oferă însă o imagine limitată, simplificată asupra paradoxului terapeutic.

6. Intervenţiile paradoxale în psihoterapia scurtă promovată de Şcoala de la Palo Alto

De cele mai multe ori schimbarea terapeutică are un caracter paradoxal, subliniază P. Watzlawick, deoarece ea presupune evitarea soluţiilor „logice" dar inutile, iar acestea antrenează pacientul în a face „mai mult din acelaşi lucru". Alături de „recadrare" (*reframing*), prescripţiile paradoxale sunt modalităţile terapeutice frecvent utilizate care conduc pacientul la un nou nivel logic, prin spargerea automatismelor logice ce închid pacientul în cercul vicios al „soluţiilor ce menţin problema".

6.1. Intervenţii specifice

În una din lucrările de referinţă pentru terapia promovată de Centrul de Terapie Scurtă al Mental Research Institute (M.R.I.) din Palo Alto (este vorba de *Tactiques du changement*, scrisă de R. Fisch, J.H. Weakland, L. Segal – Paris, Seuil, 1986), sunt sistematizate intervenţiile „majore", paradoxale (calificate astfel datorită „noutăţii, ironiei sau aspectului contrar «simţului comun»" – p. 161), care au ca scop contracararea unor „soluţii" frecvente care, în foarte multe cazuri, deşi bine intenţionate, sunt greşit orientate şi au ca efect menţinerea problemei sau chiar agravarea ei.

Cele cinci „soluţii" care constituie ţinta intervenţiilor paradoxale sunt:

1) încercarea de autoconstrângere pentru a face ceva care nu poate apărea decât spontan;
2) încercarea de a depăşi teama de un eveniment, amânându-l;

3) încercarea de a ajunge la un acord într-un conflict ;
4) încercarea de a obține consimțământul prin constrângere ;
5) confirmarea bănuielilor acuzatorului prin încercarea de autoapărare.

1) *Încercarea de autoconstrângere pentru a face ceva care, prin natura sa, nu apare decât spontan.* Pacientul care încearcă o astfel de soluție se plânge de probleme și disfuncții psihosomatice sau comportamentale care, de cele mai multe ori, au etiologia în individul însuși, și nu în sistemul de relații în care acesta este integrat (tulburări sexuale, tulburări digestive, ticuri, spasme musculare, bâlbâială, dureri, insomnie, transpirație excesivă, obsesii și compulsii, depresie etc.).

Toate aceste „tulburări" sunt de cele mai multe ori consecința unor variații „normale" ale funcțiilor corporale sau psihocomportamentale, variații cărora, în mod obișnuit, nu le acordăm o atenție deosebită, deoarece, de cele mai multe ori, ele dispar spontan. Ele se transformă în „probleme" doar atunci când viitorul pacient încearcă să controleze voluntar desfășurarea acestor funcții și comportamente care, prin natura lor, se desfășoară spontan, „fără să ne gândim" la ele.

Prin urmare, problema nu este modificarea psihocomportamentală trăită, ci încercarea de a o controla voluntar. În aceste condiții, sarcina terapeutului este aceea de a opri pacientul să mai facă ceea ce face (adică de a încerca să oprească voluntar apariția simptomului). De cele mai multe ori, o interdicție directă poate avea efecte contrare atât pentru că ea contravine „logicii" pacientului, cât și pentru că este posibil ca aceasta să conducă la o mai bună conștientizare și fixare a comportamentului de autocontrol. De aceea, „ca regulă generală, se cere doar implicit pacientului să renunțe la unul sau altul din comportamentele sale : explicit, se dă doar instrucția de a pune în act un nou comportament care face imposibilă continuarea comportamentului anterior" (p. 165). De exemplu, în cazul pacientului ce acuză insomnie îi putem cere ca timpul pe care îl petrece în pat, forțându-se să adoarmă, să-l consume făcând unele treburi (nu prea plăcute) în casă (ar putea spăla vesela din bucătărie !). Dacă urmează această prescripție terapeutică, el nu va mai putea să se comporte ca mai înainte, adică să se forțeze să doarmă, deoarece cele două comportamente se exclud reciproc.

Strategia generală pentru a întrerupe acest tip de „soluții" ce mențin problema este cea care are la bază ***prescrierea simptomului***. În cazul de mai sus, prescrierea simptomului (a insomniei) s-a făcut într-o manieră indirectă. În alte probleme de natură comportamentală aceasta poate avea un caracter mai direct, dar, pentru a evita riscurile amintite ale intervențiilor directe, prescripția simptomului poate fi susținută de două argumente :

a) declanşarea simptomului este utilă *clarificării* diagnosticului ; când simptomul apare spontan, pacientul este ocupat cu lupta împotriva lui şi nu poate sesiza detaliile şi mecanismele producerii simptomului ! Producerea deliberată a simptomului poate favoriza conştientizarea unor informaţii utile diagnosticului şi terapiei !
De fapt, încercarea de a reproduce voluntar simptomul va conduce la eliminarea lui, deoarece ***ceea ce facem bine, involuntar, facem prost, voluntar*** (cât de frumos zâmbim în situaţii obişnuite de viaţă, iar la fotograf afişăm, de cele mai multe ori, o strâmbătură ! ; am putea aminti şi povestea în care un miriapod, care a răspuns provocării de a arăta cum procedează pentru a-şi coordona aşa de bine picioarele în timpul mersului, a sfârşit prin a se împiedica !) ;
b) se poate spune pacientului că doar ***provocând simptomul, va reuşi să-l controleze***.

Sentimentul de autocontrol poate fi crescut nu doar prin eliminarea simptomului (aşa cum încercase pacientul până atunci), ci şi prin provocarea lui într-un anumit moment stabilit de comun acord de pacient şi terapeut.

Fisch, Weakland şi Segal citează cazul unui pacient care suferea de ruminaţii obsesive şi căruia terapeutul i-a spus : „Aceste gânduri, mi-aţi relatat, par să prefere să nu se manifeste în jurul orei 9 dimineaţa. Ei bine, dumneavoastră le puteţi controla. La ora 9 veţi face să apară în mintea dumneavoastră aceste gânduri îngrijorătoare şi le veţi păstra până la ora 9 şi 30 de minute, cel puţin. Dacă gândurile tind să vă abandoneze înaintea acestei ore, veţi proceda în vreun fel ca să le menţineţi. Dacă veţi începe să gândiţi la altceva, forţaţi-vă să reveniţi la obsesiile dumneavoastră. Alteori, aceste obsesii vor pune stăpânire pe dumneavoastră spontan, din senin. În acest caz nu le lăsaţi să vă abandoneze când vor ele. Continuaţi să le ţineţi în minte încă cel puţin cinci sau zece minute. Ele vor putea decide când vor apărea dar dumneavoastră veţi fi cel care va decide când vă vor părăsi".

2) *Pacientul încearcă să depăşească teama de un eveniment, amânându-l.* Problemele pacientului care apelează la această soluţie au un caracter „autoreferenţial", adică ele apar şi persistă fără concursul vreunei alte persoane. Pacientul este prins în propriul sistem de gânduri anxiogene ce-i accentuează vulnerabilitatea în raport cu anumite situaţii. Fobiile sunt un exemplu tipic în care se utilizează soluţia la care ne referim. Teama de examen, teama de a conduce automobilul sau teama tânărului de a fi refuzat de femeia căreia i-ar putea solicita o întâlnire sunt probleme care de

cele mai multe ori sunt „soluționate” prin amânare; pacientul speră că amânarea îi va permite să se pregătească foarte bine pentru a putea controla din timp evenimentul respectiv. Rezultatul este că pacientul nu se va simți niciodată bine pregătit și, pentru a-și demonstra acest lucru, este în stare să se angajeze în activitățile respective în care, evident, va eșua, deoarece credințele lui se transformă în predicții ce se autoîmplinesc (știm cu toții – „de ce ți-e teamă nu scapi!”).

Strategia paradoxală propusă are la bază următorul principiu: „punem pacientul în fața sarcinii de care se teme, împiedicându-l, în același timp, să o ducă la bun sfârșit; cum am mai explicat, acesta este principiul director al strategiei noastre, deoarece «soluția» cea mai frecventă a pacientului constă în a evita sarcina, forțându-se în același timp să vrea să o controleze” (p. 175). Cu alte cuvinte, pacientul evită o sarcină pentru că se teme de eșec, iar terapeutul îi prescrie (paradoxal) eșecul! Ilustrăm acest principiu cu ajutorul unui exemplu clinic preluat din lucrarea citată:

> *Terapeutul (către pacientul ce suferea de fobia conducerii automobilului): Deși mi-ați spus că vă preocupă foarte mult pericolele conducerii automobilului, mi se pare că, de fapt, le-ați tratat superficial. Dacă doriți să vă rezolvați problema, trebuie să începeți prin a vă sensibiliza mai întâi la pericolele pe care le implică faptul de a conduce. Pentru a vă pune în starea de spirit corespunzătoare, vreau să vă gândiți la acestea stând pe fotoliul mașinii dumneavoastră oprite. Va trebui să nu lăsați, în nici un caz, spiritul dumneavoastră să devieze spre plăcerile pe care le-ați putea avea conducând sau călătorind cu mașina. Cred că ar trebui să consacrați acestui exercițiu cel puțin o jumătate de oră pe zi. (Dacă pacientul revine și spune, după cum este de așteptat, că a suportat greu încetineala procedeului – de pildă, că nu a putut rezista tentației de a porni motorul – terapeutul va trebui să continue tactica sa „restrictivă”. Încet, încet întregul comportament de conducere va putea fi formulat într-o manieră restrictivă: „Vreau să nu depășiți colțul străzii” sau „Vreau să nu rulați mai departe de magazinul cel mai apropiat. Apoi, indiferent dacă v-ați descurcat sau nu, să lăsați mașina acolo și să vă întoarceți pe jos”.* (p. 174)

3) *Pacientul încearcă să ajungă la un acord într-un conflict.* Această „soluție” este utilizată de pacient în cazul conflictului apărut într-o relație interpersonală, ca urmare a unor probleme a căror rezolvare necesită de obicei cooperarea părților implicate. Exemplele tipice se referă la disputele conjugale, conflictele dintre părinți și copii, conflictele profesionale.

Terapia unor astfel de probleme este cu atât mai dificilă cu cât, de cele mai multe ori, „acuzatul” nu participă la terapie, iar pacientul speră să aibă în terapeut un ajutor împotriva celui absent.

Pacientul confruntat cu acest tip de probleme alege ca „soluţie” lupta continuă pentru a-l convinge pe celălalt să se comporte conform dorinţelor sale şi, fapt uneori mult mai important, cererea adresată părţii adverse de a fi tratat cu respectul, atenţia sau consideraţia care crede că i se cuvin. Este evident că „soluţia” aleasă plasează pacientul într-o *poziţie de superioritate* în raport cu celelalte persoane aflate în conflict.

Consecvenţi strategiei paradoxale, terapeuţii Şcolii de la Palo Alto propun ca pentru interzicerea acestei „soluţii” să se utilizeze tehnica ce constă în a conduce pacientul să adopte o poziţie de inferioritate, adică de slăbiciune. Totuşi, o astfel de abordare prezintă cel puţin două riscuri:

a) având în vedere intensitatea luptei interpersonale, pacientul ar considera că adoptarea unei poziţii de inferioritate ar fi un semn de slăbiciune şi ar echivala cu un ultim pas pe drumul renunţării la drepturile „legitime” pe care le are ca soţ, părinte, şef etc.;
b) în plus, dacă am convinge pacientul să adopte totuşi o astfel de soluţie fără să dea celeilalte părţi o explicaţie, există riscul ca această schimbare să fie considerată tot o manifestare a superiorităţii (adică în loc de a se plânge şi a reproşa, aşteaptă liniştit momentul potrivit de a „lovi”!).

Pentru a evita aceste riscuri, terapeutul trebuie să recadreze, să resemnifice situaţia familială, astfel încât pacientul să poată lua o poziţie de inferioritate, având în acelaşi timp impresia că se află într-o poziţie de superioritate. În acest sens ni se pare utilă metafora utilizată de J.A. Malarewicz pentru a transforma cererea de ajutor (poziţie de inferioritate) în înţelepciune (poziţie de superioritate): „inteligenţa celui puternic se manifestă deseori prin lipsa de teamă de a cere ajutor celui slab” (1992, p. 75).

Pentru a aplica această strategie există mai multe tehnici. Una dintre ele este aceea prin care li se explică pacienţilor că pot controla mai bine situaţia dacă devin, în raport cu ceilalţi, *imprevizibili*.

Terapeutul (către părinţi): „Ei bine, să ne gândim puţin. Când el iese seara, cred că aveţi obiceiul să-i spuneţi «Aminteşte-ţi, în principiu, că trebuie să te întorci înainte de ora zece. Descurcă-te cum ştii ca să fii acasă la timp. Nu vrem să te vedem afară mai târziu». Nu aţi putea să-i comunicaţi acest fapt schimbând stilul, devenind mai puţin previzibili?”

Unul din părinţi : „Şi dacă îi cerem să ne spună care este, după părerea lui, cea mai potrivită oră pentru a reveni acasă ? "

Terapeutul : „Ar fi ceva diferit, dar... dacă el vă va răspunde : «la miezul nopţii» ? Nu, cred că ce v-am propus mai înainte e mai bine, dar mi-aţi dat totuşi o idee. I-aţi putea spune : «Ne-ar plăcea să te întorci în jurul orei zece, dar, fireşte, noi nu putem să te forţăm» ; acesta ar fi un fapt neobişnuit din partea dumneavoastră ? "

Unul din părinţi : „Da (râzând), sigur că aceasta ar fi cu totul altceva. Dar el, el cum ar reacţiona ? "

Terapeutul : „Ei bine, nu veţi şti cu adevărat decât după ce veţi fi încercat. Ce aţi risca dacă aţi face această încercare săptămâna viitoare ? ".

O altă tehnică utilizată ar putea fi numită *„sabotajul binevoitor"*. Ea constă, în cazul în care avem de-a face cu un conflict părinţi-copil, în a cere părinţilor să procedeze în aşa fel încât acţiunile copilului lor să fie urmate de consecinţe reale, şi nu doar de simple mustrări. Pentru a fi eficiente, aceste consecinţe trebuie să pară „accidentale" şi chiar să antreneze, eventual, scuzele părinţilor : „Îmi pare într-adevăr rău că ai găsit ieri seară firimituri în patul tău. Când ţi-am făcut curat în cameră era ora la care îmi luam micul dejun şi a trebuit să fac un du-te-vino cu tartina după mine. Voi încerca să nu se mai întâmple acest lucru".

Uneori, convingerea părinţilor de a adopta această poziţie se poate realiza prin redefinirea poziţiei de superioritate ca o poziţie de slăbiciune şi poziţia de inferioritate ca o poziţie de forţă. Astfel, terapeutul poate acuza părinţii de a fi fost prea „slabi", prea îngăduitori cu copilul lor şi le va recomanda să adopte o poziţie de inferioritate, adică o poziţie de „forţă".

Tehnica *„negociatorului iraţional"* este utilă atunci când terapeutul este confruntat cu o problemă care se înscrie într-un context triangular : unul dintre părinţi poate, de exemplu, să fie în conflict cu copilul său, adolescent, în timp ce celălalt încearcă să joace rolul de conciliator. Cu cât acesta din urmă intervine mai intens cu argumente raţionale pe lângă fiecare din părţile aflate în conflict, cu atât conflictul se agravează. De cele mai multe ori, persoana care solicită ajutor terapeutului este tocmai cea care îşi propune să negocieze raţional, rezonabil, conflictul dintre ceilalţi doi membri ai familiei, iar ajutorul cerut este acela ca terapeutul însuşi să joace „mai bine" acest rol ; ea îl împinge astfel pe terapeut „să facă din nou mai mult din acelaşi lucru, dar mai bine" (p. 188), adică să aplice mai bine algoritmul „soluţiilor ce menţin problema".

Terapeutul trebuie să evite această capcană şi, de asemenea, să nu se mulţumească doar cu prescripţia, adresată „conciliatorului", de a nu mai interveni şi a lăsa părţile combatante să-şi regleze conturile singure.

În cazul care ilustrează această tehnică, terapeutul convinge „conciliatorul" (mama) să-şi păstreze poziţia de intermediar, dar modificând-o:

Terapeutul: „Ei pot continua să se încaiere deoarece contează pe faptul că dumneavoastră sunteţi un intermediar rezonabil. Dumneavoastră sunteţi vocea raţiunii şi, din nefericire, ei cred că puteţi negocia în locul lor. Ei evită astfel să-şi dezvolte propriile lor capacităţi de a negocia şi de a se servi de ele. Acum, dacă vă voi spune ce ar trebui să faceţi pentru ca situaţia să se schimbe, s-ar putea să găsiţi sfatul meu oarecum ciudat: va trebui să deveniţi o ***negociatoare iraţională***. (...) *Pentru a le arăta că nu sunteţi aşa de raţională cum vă cred ei, va trebui nu numai să fiţi de acord cu poziţiile fiecăruia dintre ei, dar să împingeţi conflictul dincolo de limitele pe care nici ei nu le-au trecut – ajungând chiar la limita absurdului astfel încât ei, amândoi, să fie nevoiţi să se arate raţionali faţă de dumneavoastră, remarcând că aţi mers prea departe. Dacă veţi putea să-i aduceţi în această situaţie veţi şti că, sigur, tactica dumneavoastră este pe cale să dea roade"* (p. 189).

După ce pacienta a acceptat această strategie, terapeutul a mers mai departe propunându-i ca, ulterior, să înceteze să-i mai provoace pe cei doi adversari şi să manifeste o atitudine de compasiune care are un efect mai calmant decât opoziţia (fie ea şi „iraţională").

4) *Pacientul încearcă să obţină consimţământul prin constrângere indirectă*. Încercarea de a provoca la ceilalţi, fără a încălca universul intim şi libertatea de decizie a acestora, comportamente pe care le dorim ne conduce într-o situaţie paradoxală asemănătoare celei în care ne forţăm să fim spontani.

Pacientul aflat în această situaţie trăieşte dilema celui care doreşte din partea persoanei iubite o declaraţie de dragoste: dacă dorinţa sa nu este cunoscută de partener, s-ar putea să aştepte în zadar, dacă şi-o manifestă direct, declaraţia de dragoste îşi pierde din valoare pentru că nu mai este spontană! Acelaşi fenomen se întâmplă şi în cazul în care unul dintre parteneri nu poate spune „Nu" şi aşteaptă ca această libertate să-i fie dată de celălalt.

Soluţia la care se apelează este un limbaj indirect, care măreşte distanţa psihologică între cei doi, întrucât solicitarea indirectă va fi urmată de un

refuz indirect ce va avea drept consecință credința că o solicitare directă nu ar avea sens. Se poate ajunge astfel la un „dialog al surzilor", la un schimb bizar de cuvinte, la o politețe bolnăvicioasă, schizofrenică, în care de fapt partenerii se ascund în spatele cuvintelor: „Într-adevăr, nu încerc să-ți spun că aș pretinde să faci ceva pentru mine, spune primul. – Foarte bine, răspunde celălalt, nici eu, într-adevăr, nu te refuz".

Strategia utilizată în astfel de cazuri constă în a face în așa fel încât persoana care cere ceva să o facă în mod direct, chiar când cererea nu are o motivație foarte clară. Singura problemă pentru terapeut este aceea de a găsi un nou cadru de referință care să poată să-l conducă pe pacient la schimbarea atitudinii sale în acest sens.

Astfel, bunăvoința, „atitudinea pozitivă" a pacientului față de partenerul său, pe care nu vrea să-l supere prin cererea sa directă, poate fi redefinită ca *involuntar distructivă* și, invers, ceea ce el apreciază ca distructiv, adică cererile directe, ca fiind un fapt pozitiv. De exemplu, reținerile unui soț de a solicita anumite comportamente din partea soției ar putea fi redefinite ca „o modalitate de a o priva involuntar de ceea ce ea are nevoie cel mai mult: de a simți că el acceptă să-și asume un rol mai «activ»".

O recadrare asemănătoare poate fi realizată cu ajutorul metaforelor:

La nunta de argint, un soț își invită soția la restaurant. În așteptarea mâncărurilor, soția își spune în gând, uitându-se la chiflele de pe masă: „Atâția ani am tăiat de fiecare dată chifla în două și i-am dat lui partea crocantă și bună de deasupra și am oprit pentru mine partea moale și fără gust de dedesupt. Este timpul să procedez invers. Zis și făcut! A tăiat chifla în două și i-a dat soțului partea moale și fără gust! Când soțul a observat gestul soției, i-a spus: „Draga mea, îți mulțumesc pentru bucuria pe care mi-o faci. Atâția ani mi-ai dat partea uscată a chiflei în care uneori îmi răneam gura, în timp ce tu luai partea pufoasă și moale de dedesupt. (Prelucrare după N. Peseschkian)

5) *Pacientul confirmă bănuielile acuzatorului, apărându-se*. Acest tip de soluție (apărarea împotriva bănuielilor) este utilizat în situația în care o persoană bănuiește altă persoană de a fi comis un act pe care cele două părți au convenit să-l condamne – de exemplu, infidelitatea, consumul de alcool, delictul sau necinstea.

Acest „joc acuzare/apărare" poate fi întâlnit la originea unor probleme conjugale („Sunt sigur că are o legătură!"), a unor probleme ce vizează relațiile părinți-copii („Stiu sigur că este pe cale să intre în bucluc!") ori a problemelor de serviciu („Se știe deja că bea la birou!"). În aceste

situaţii, apărarea acuzatului întăreşte bănuielile acuzatorului şi, cu cât argumentele apărării sunt mai vehement prezentate, cu atât ele devin mai puţin credibile. Stim cu toţii – „Nu iese fum fără foc" şi „Cine se scuză se acuză ! ".

Jocul se va opri când una din cele două părţi va pune capăt repetiţiei. De cele mai multe ori, este suficient ca terapeutul să vadă doar „acuzatul" pe care îl va convinge (nu totdeauna este uşor !) că singura cale pentru ca acuzatorul să-şi dea seama că a greşit în formularea acuzaţiilor sale este aceea de a le accepta şi chiar de a împinge acceptarea sa până la absurd !

În cadrul acestei strategii se poate utiliza şi tehnica *„bruiajului"* : scopul său este reducerea valorii informaţionale a comunicării interpersonale făcând inutile, în măsura în care nu mai există nici un mijloc de a şti cine spune în mod real adevărul, schimburile verbale între părţile prezente.

Ilustrăm această tehnică cu unul din cazurile pe care Fisch, Weakland şi Segal le prezintă în cartea lor. Este vorba de un cuplu în care soţia îşi acuză soţul ca bea alcool pe ascuns. Acesta neagă, fapt ce declanşează jocul fără sfârşit acuzare/apărare.

Terapeutul (către soţ) : „Indiferent dacă beţi sau nu, este foarte important, dacă doriţi să vă rezolvaţi problema, ca soţia dvs. să ajungă să ghicească cu mai mare precizie dacă aţi băut sau nu. Eu cred că ea nu este aşa de perspicace pe cât ar dori ea să fie şi tocmai acest fapt trebuie verificat. Va trebui să o ajutaţi. În această săptămână vreau ca, bând zilnic o cantitate diferită de alcool, să nu vă comportaţi totdeauna la fel. Într-o seară, de exemplu, vreau ca, după ce aţi băut doar un singur pahar, să vă comportaţi, când ajungeţi acasa, ca un om beat. Într-o altă seara, lucrurile se vor întâmpla invers. Şi tot aşa ! De asemenea, va trebui să notaţi zilnic cât aţi băut şi maniera în care v-aţi comportat. (Întorcându-se spre soţie) : Sarcina dumneavoastă va fi aceea de a stabili dacă apreciaţi corect cantitatea de alcool băută de soţul dvs. zilnic. Va trebui, de asemenea, să aveţi şi dvs. propria «agendă». Vreau să nu vă comparaţi însemnările dvs. ; acest lucru îl vom face împreună săptămâna viitoare".

Prin această prescripţie, terapeutul a „bruiat" valoarea informaţională a comportamentului soţului (ca indicator al consumului de alcool), punând soţia într-o situaţie de incertitudine ce întrerupe practica repetitivă a soluţiei ce menţinea problema (acuzare/apărare).

6.2. Intervenții generale

Sub acest nume Fisch, Weakland și Segal prezintă câteva atitudini terapeutice cu largă aplicabilitate care, înscriindu-se în același context al intervențiilor paradoxale, pot avea prin ele însele un efect terapeutic specific, ori pot pregăti terenul pentru intervenții ulterioare mai precise. Dintre acestea prezentăm, pe scurt, următoarele intervenții: „Avansează lent", „Pericolele ameliorării", „Agravarea problemei".

a) *Avansează lent*

Această prescripție este una dintre cele mai utilizate. Deseori trebuie să argumentăm pacientului de ce trebuie să progreseze lent; putem să-i spunem, de pildă, că orice schimbare necesită o perioadă de acomodare cu noua situație și că, din această perspectivă, o schimbare rapidă ar solicita la maximum capacitatea sa de adaptare. În plus, nu totdeauna schimbarea cea mai mare este și cea mai utilă din punct de vedere terapeutic.

De multe ori, eu însumi spun pacienților mei că nu cred în schimbările rapide și le amintesc că și lor li se pare suspectă schimbarea de la o zi la alta a persoanelor din jurul lor; adevărata schimbare, cea care durează, este cea care se produce încet, pentru că doar astfel se produc modificări profunde în fiecare dintre noi.

Acest tip de intervenție este foarte util cu pacienții care presează terapeutul pentru schimbări rapide (am pacienți care, atunci când află câte ședințe săptămânale de psihoterapie sunt necesare pentru rezolvarea problemelor lor, doresc să facă rapid – eventual zilnic – toate ședințele, pentru a grăbi vindecarea), dar și cu cei care afirmă o schimbare rapidă, precisă, după prima intervenție.

Eficiența acestei intervenții este determinată de faptul că, despovărând pacientul de obligativitatea schimbării, crește implicit capacitatea de colaborare cu terapeutul; rezistența normală a subiectului capătă semnificația unei strategii menite să conducă la o schimbare stabilă. În plus, principiul avansării lente întrerupe cercul vicios al menținerii problemei generat de încercările prea intense de a o rezolva.

b) *Pericolele ameliorării*

Acest tip de intervenție, deși parțial este o extensie a celei anterioare, capătă o anume specificitate prin faptul că este utilizat cu scopuri diferite și este în mod deosebit util în anumite cazuri de rezistență.

De cele mai multe ori, pacientul este întrebat direct dacă este conştient de existenţa unor pericole inerente rezolvării problemei sale. După cum ne aşteptăm, pacientul surprins neagă posibilitatea existenţei unor astfel de pericole, cu atât mai mult cu cât el vede în rezolvarea problemei lui principala sursă de confort şi fericire ! Terapeutul nu trebuie să facă eforturi prea mari pentru a evidenţia faptul că orice schimbare are nu numai avantaje, ci şi dezavantaje : pacientul care vrea să slăbească va trebui să-şi retuşeze garderoba sau să şi-o înlocuiască complet ; cel care în urma terapiei devine mai sigur pe el poate deveni ţinta criticilor colegilor, critici inhibate de starea lui depresivă anterioară ; pacientul care-şi rezolvă problemele sexuale va avea tendinţa să recupereze în acest domeniu timpul pierdut, neglijând astfel problemele de serviciu etc.

Aceste argumente pot fundamenta atitudinea terapeutică a progresului lent şi stimula motivaţia de colaborare a pacientului, mai ales când „pericolele schimbării" ar putea fi trăite de persoanele dragi din jur (soţul ar putea fi destul de necăjit dacă nu ar mai putea să-şi manifeste sentimentele sale, ajutându-şi soţia ; cu cât aceasta se schimbă mai lent, cu atât mai mult timp are el pentru a învăţa şi alte comportamente prin care să-şi manifeste sentimentele etc.).

Atitudinea terapeutică ce evidenţiază pericolele schimbării ar putea fi utilizată pentru optimizarea colaborării cu pacienţii care-şi manifestă rezistenţa prin neîndeplinirea prescripţiilor terapeutice : „Nu trebuie să vă scuzaţi că nu aţi urmat prescripţia dată săptămâna trecută. Este posibil ca, astfel, inconştientul dumneavoastră să vrea să ne spună ceva. De aceea permiteţi-mi deci să vă pun această întrebare : Vedeţi vreun pericol oarecare în faptul de a merge mai bine ? ".

Terapeutul pasează, astfel, mingea în terenul pacientului, obligându-l să acţioneze. De altfel, una din caracteristicile prescripţiilor paradoxale este aceea că, urmate sau nu, creează obligativitatea schimbării.

c) *Agravarea problemei*

În mod obişnuit, pacientul se aşteaptă ca intervenţiile terapeutului să-i amelioreze situaţia. Cu atât mai surprins ar putea fi el ascultându-l pe acesta spunând că acţiunile sale ar putea să-i facă mai degrabă rău decât bine. Important este însă faptul că terapeutul captează astfel mai bine atenţia pacientului care, având acum o imagine mai clară a lui non-A, se va orienta spre A.!

Terapeutul ar putea proceda astfel : „Nu ştiu cum să vă sfătuiesc pentru a vă ajuta, dar pot oricând să vă dau câteva sfaturi clare pentru a agrava

situația". După care el enumeră o serie de „soluții care mențin problema" din categoria celor încercate deja de pacient. Terapeutul delimitează astfel foarte clar „terenul minat", soluțiile ce trebuie evitate, orientând astfel implicit pacientul spre zona soluțiilor eficiente.

După această scurtă trecere în revistă a prescripțiilor paradoxale în terapia strategică putem concluziona că, în ciuda diversității lor aparente, ele se rezumă la două tipuri, ambele împrumutate de la M. Erickson (*cf.* Haley, 1973, 1976) : prescrierea simptomului și provocarea rezistenței la schimbare. Acestea transformă rezistența naturală la schimbare într-un factor al schimbării pentru că, reacționând la cererile (paradoxale) ale terapeutului, clienții rezistă, schimbându-se într-un anume fel care rezolvă problema prezentată.

6.3. Simularea simptomului

Terapia strategică mai utilizează și o a treia categorie de prescripții paradoxale, promovată îndeosebi de C. Madanes (1991). Ea constă în a cere pacientului să simuleze, *să acționeze „ca și cum" ar avea simptomul*.

Contrar celor două tipuri de intervenții care-și datorează eficiența provocării rezistenței clienților, tehnica dezvoltată de C. Madanes necesită conformarea acestora la directiva terapeutică. Fiind puși în situația de a se comporta ca și cum ar avea simptomul, pacienții ajung în situația de a controla comportamente (manifestări ale simptomului) care sunt, în același timp, definite ca involuntare, incontrolabile. Aspectul ludic evident și faptul că nu implică confruntarea cu clientul diferențiază acest tip de paradox de celelalte. Această tehnică deposedează simptomul de beneficiile pe care le furnizează purtătorului în cadrul sistemului relațiilor intrafamiliale. Când un pacient simulează un simptom, membrii familiei sunt rugați să critice performanța sa pentru a o face mai realistă. Astfel, comportamentul familial, care face parte din contextul problemei și care constă de obicei în a ajuta persoana să depășească simptomul, trebuie să se modifice. În loc să ofere susținere și confort psihic, membrii familiei trebuie să se arate critici ; în loc de a scoate pacientul din situația problemă prin încurajări și mângâieri, ei trebuie să-l incite să-și joace mai bine rolul. Cu cât familia se manifestă mai critic, cu atât devine mai evident că simptomul este artificial și că acest rol nu convine pacientului.

Astfel, într-o terapie de cuplu, în care soțul acuza o depresie cronică – reetichetată de terapeut ca „iresponsabilitate" întrucât aducea grave

prejudicii personale şi familiale – pacientul primeşte directiva paradoxală de a simula, de trei ori în săptămâna următoare, că este iresponsabil şi incapabil, în timp ce soţia trebuia să descopere dacă soţul simulează sau nu. Soţul declară prescripţia stupidă, dar în final o acceptă. Prin această prescripţie, terapeutul creează un context în care, dacă soţul se manifestă ca iresponsabil şi incapabil, soţia nu va şti dacă el se simte ca atare sau doar urmează directiva terapeutului. De aceea ea nu va mai putea reacţiona ca de obicei.

În săptămâna următoare totuşi, soţul nu a respectat prescripţia dată. I s-a cerut atunci să se manifeste ca iresponsabil şi incapabil în cadrul şedinţei. El se conformează cu mare dificultate, sub ochii critici ai soţiei sale şi ai terapeutului, care nu-l găsesc prea credibil în acest rol. Interacţiunea obişnuită a cuplului era, pentru soţ, de a se plânge de problemele sale şi, pentru soţie, de a-i oferi susţinere şi confort. În şedinţă, soţul simulează că se plânge de problemele sale, iar soţia îl acuză că nu o face într-o manieră convingătoare. Interacţiunea semnifică implicit că este dificil pentru soţ să se arate iresponsabil şi incapabil (Madanes, 1991, p. 55).

Când o secvenţă interacţională este etichetată ca simulată, este dificil pentru participanţii la interacţiune să revină la vechiul cadru – „acest comportament este real”. Această dificultate va antrena o anume confuzie utilizată de terapeut pentru a schimba sistemul de relaţii pe care se bazează realitatea simptomului.

Tehnica simulării simptomului se dovedeşte deosebit de utilă cu copiii care prezintă probleme ce se dovedesc a fi metafore ale problemelor unor adulţi din jurul lor (pe drept cuvânt se spune deseori că problemele copilului sunt simptomul familiei !). Într-un astfel de context, un părinte poate, de exemplu, să primească prescripţia de a simula în faţa copilului că are nevoie de ajutorul lui (Madanes, 1991). O prescripţie de acest tip este dată când se doreşte modificarea eforturilor copilului de a-şi proteja părinţii prin intermediul unui comportament simptomatic. Terapeutul cere părinţilor să adopte vizibil o poziţie de inferioritate în raporturile lor cu copilul, scopul fiind acela de a face în aşa fel ca părinţii şi copilul să reziste împreună la această organizare ierarhică inadecvată şi ca familia să se reorganizeze, în cele din urmă, pentru a reda părinţilor o poziţie normală, adică superioară (Madanes, 1991, p. 86).

7. Paradoxul în terapia ericksoniană

Comunicarea paradoxală şi teoria dublei constrângeri fundamentate de teoreticienii Şcolii de la Palo Alto îşi au, între altele, ca surse de inspirație şi analiza demersului terapeutic utilizat de M. Erickson.

De altfel, în 1959, Erickson, Haley şi Weakland au publicat un articol comun în care secvențe ale unei şedințe de hipnoză efectuată de M. Erickson ilustrau foarte bine cadrul teoretic al dublei constrângeri: Erickson dă subiectului său o sugestie post-hipnotică care constă în a afirma şi a crede că nici o transă nu a avut loc; astfel, dacă subiectul spune, după şedință, că nu a fost hipnotizat, el a fost în realitate, deoarece se conformează unei sugestii post-hipnotice, şi dacă afirmă şi crede că a fost hipnotizat, el nu mai poate să se considere ca fiind un subiect imposibil de hipnotizat (J.J. Wittezaele şi T. Garcia, 1992, p. 172).

M. Erickson a fost un maestru neîntrecut al intervențiilor paradoxale. El a avut – conform propriilor relatări – încă din copilărie, intuiția utilității comportamentelor paradoxale în deblocarea unor situații. Astfel, într-una din zilele copilăriei sale, când se afla la ferma familiei, tatăl său se forța să introducă un vițel în grajd. Acesta se proptise pe picioarele din față şi rezista, fără să se clintească, forței care-l trăgea înainte. Tânărul Milton a avut inspirația de a se plasa în spatele vițelului şi de a-l trage de coadă. Ceea ce a urmat a fost faptul că, sub acțiunea celor două forțe opuse, vițelul a intrat brusc în grajd, antrenând copilul după el! (*cf.* Godin, 1992, p. 183).

Dacă analizăm tehnicile terapeutice utilizate de M. Erickson, inclusiv tehnicile de inducție hipnotică, putem observa că majoritatea pun pacienții într-o situație paradoxală deoarece solicită din partea acestora o schimbare spontană a comportamentului lor. Nu putem reacționa spontan dacă executăm un ordin şi tocmai de aceea însăşi inducția hipnotică vehiculează un paradox: hipnoterapeutul transmite simultan două mesaje la niveluri logice diferite; pe de o parte, el ordonă: „Execută ceea ce-ți spun!", iar în interiorul acestui cadru: „Nu fă ceea ce-ți spun, acționează spontan!". Subiectul se adaptează acestui ansamblu de instrucțiuni contradictorii printr-o schimbare, dezvoltând un comportament numit, în mod obişnuit, transă hipnotică.

Etapele acestui demers paradoxal pot fi descompuse în două tipuri de prescripții:

a) mai întâi, hipnoterapeutul cere subiectului să facă o acțiune voluntară, precum: fixarea atenției asupra unei mâini, evocarea unei imagini etc.;

b) apoi hipnoterapeutul cere pacientului să răspundă printr-un comportament involuntar sau spontan: levitaţia braţului, relaxare musculară, halucinaţii etc.

Spre deosebire de inducţia tradiţională, de tip directiv, uneori imperativ, M. Erickson utilizează, pentru obţinerea transei, formulări paradoxale care pun terapeutul într-o poziţie de inferioritate, dând astfel o mai mare libertate pacientului şi creând un cadru mai adecvat pentru manifestarea unor comportamente „spontane" ale acestuia.

Sugestia negativă paradoxală este unul din aceste mijloace. Aceasta permite evocarea unor fapte sau idei prin negarea lor.

Exemplu:

„Nu ştiu dacă aţi observat că... respiraţia dumneavoastră a devenit deja respiraţia unui om profund relaxat!";

„Îţi orientezi atenţia asupra unei mâini..., eu nu ştiu asupra căreia din ele!..."

Într-o inducţie de tip ericksonian nu putem decât să ne mirăm de câtă „ignoranţă" dă dovadă terapeutul!

Negaţiile pot introduce „*duble legături*" care, o dată acceptate şi punând terapeutul într-o poziţie de inferioritate, creează obligativitatea schimbării menţinând în acelaşi timp iluzia libertăţii deciziei.

Exemplu:

„Nu ştiu dacă vei intra în transă cu ochii deschişi sau închişi...", *„...Nu ştiu dacă vei intra în transă acum sau mai târziu..."*, *„Nu ştiu dacă vei intra într-o transă lejeră sau profundă..."*.

Procedând astfel, terapeutul pare să ofere diverse alternative comportamentale; totuşi, indiferent de opţiune, rezultatul dorit (transa) este obţinut în ritmul subiectului care acceptă această relaţie.

Dubla legătură (dubla constrângere) este o tehnică frecvent utilizată de M. Erickson pentru a evita rezistenţele ce pot fi activate de un comportament directiv: „când *cereţi* pacienţilor să facă ceva, le daţi, în acelaşi timp, şi posibilitatea să refuze" (Erickson, 1990, p. 81).

Dubla legătură, o dată acceptată, prinde subiectul între două alternative care, provocând la subiect un proces de decizie, menţine sentimentul libertăţii; alegerea este totuşi iluzorie pentru că, indiferent de alternativa aleasă, subiectul se schimbă în direcţia propusă de terapeut.

Exemplu:

„Puteţi aborda pacienţii în acelaşi fel cum procedaţi cu copiii" – spune M. Erickson. *„Cum cereţi copiilor să meargă la culcare? Le spuneţi categoric: «Este ora 8, este timpul să te culci!». Dacă procedaţi aşa,*

probabil veți fi refuzat! De ce să nu procedați astfel: «Preferați să vă culcați la ora 8 fără un sfert sau la ora 8?». Orice copil normal va răspunde imediat: «La ora 8, nu la ora 8 fără un sfert!»". (1990, pp. 81-82)

Utilizând acest principiu, M. Erickson (1990, p. 82) se adresa pacienților săi astfel:

„Doriți să intrați într-o transă ușoară, medie sau profundă?...", „Doriți să eliminați acest obicei neplăcut în această săptămână sau săptămâna viitoare? Dar acest termen nu mi se pare cu adevărat rezonabil. Nu ați prefera să vă fixați un termen mai rezonabil pentru a elimina acest comportament, trei săptămâni, de exemplu?".

În alte situații dubla constrângere transformă rezistența naturală a pacienților în forță a schimbării terapeutice: „De fiecare dată când aveți un pacient rezistent, cred că este de dorit să țineți seama de tipul de rezistență întâlnit și să vă gândiți la toate diferitele modalități pe care ați putea să le utilizați pentru a vorbi pacientului de această rezistență. Care sunt diferitele interpretări pe care le-ați putea plasa subtil într-o manieră foarte simplă astfel încât rezistența să poată deveni un element al inducției hipnotice" (1990, p. 170).

Exemplu:

Terapeutul: *„...și mai degrabă sau mai târziu, veți avea surpriza să observați pleoapele închizându-se" (prima legătură). Pacienta rezistă vizibil.*

Terapeutul: *„Puteți avea tendința de a rezista..." (prescripție a comportamentului care pregătește a doua legătură). Surâs larg pe fața pacientei.*

Terapeutul: *„...și cu cât rezistați, cu atât pleoapele...(pauză) devin mai grele" (a doua legătură).*

În următorul exemplu, dubla legătură prinde pacientul între două alternative comportamentale – una conștientă, alta inconștientă – prin activarea unui proces disociativ.

Exemplu:

„Poate veți dori să păstrați ochii deschiși, și mi-ar plăcea să faceți acest lucru cât de mult puteți. În mod firesc, noi toți închidem ochii mai degrabă sau mai târziu. Am făcut acest lucru de-a lungul întregii noastre vieți și nu are importanță cât am încercat să evităm închiderea ochilor, tot o vom face mai degrabă sau mai târziu. Însă puteți proceda cum credeți că e mai bine pentru a menține ochii larg deschiși, aceasta poate fi dorința dumneavoastră, dar și ochii dumneavoastră au și ei dorința lor, și ochii se vor închide" (1990, p. 170).

Una din inovaţiile pe care M. Erickson le-a introdus în raport cu hipnoza clasică este utilizarea clinică a sugestiilor post-hipnotice. Aceasta îi servea esenţialmente pentru *prescrierea simptomului*, dar cu o uşoară modificare. Prin această uşoară modificare este introdusă o schimbare în secvenţa comportamentală care constituie simptomul. Hipnoterapeutul se serveşte de transa hipnotică pentru a provoca, printr-o sugestie post-hipnotică, o schimbare care va fi apoi amplificată în viaţa cotidiană a subiectului, până ce simptomul dispare. Pentru ilustrare, prezentăm răspunsul lui M. Erickson adresat unui pacient care îşi rodea unghiile şi care, în plus, nu credea că ar putea fi hipnotizat.

Exemplu :

„...în ceea ce priveşte faptul de a vă hipnotiza, de ce cantitate de hipnoză aveţi cu adevărat nevoie pentru a mă asculta ? Gândesc că nu aveţi nevoie de prea multă hipnoză, dar gândesc şi că vă plac micile capete de unghie. Şi le roadeţi de când aveţi patru ani, iar acum aveţi douăzeci şi şase de ani, şi-mi pare rău de dumneavoastră că niciodată nu aţi obţinut altceva decât o mică bucăţică minusculă de unghie ; nu aţi avut niciodată o bucată de unghie de o mărime decentă pe care să o ronţăiţi. Douăzeci şi doi de ani de frustrare ! Acum iată ce vă sugerez. Aveţi zece degete. Puteţi desigur să cruţaţi unul pentru a permite unghiei să crească şi, după ce unghia va avea o mărime decentă, rupeţi-o şi veţi avea ceva valabil de mestecat".

ANEXA I

POVEȘTI TERAPEUTICE[7]

Nu totul deodată

Un preot a intrat odată într-o biserica cu gând să țină o predică. Biserica era goală, cu excepția unui singur bătrân care stătea în primul rând. Preotul, meditând dacă să vorbească sau nu, i-a spus bătrânului: „Ești singur aici. Crezi că ar trebui să vorbesc sau nu?". Bătrânul i-a răspuns: „Părinte, eu sunt doar un simplu om și nu înteleg aceste lucruri, dar dacă aș intra într-un grajd și aș vedea că toți caii au plecat la pășune și doar unul singur a mai rămas, atunci l-aș hrăni pe acela".

Preotul, impresionat de spusele omului, a început să predice. El a vorbit timp de două ore. După aceasta, mulțumit de predica sa, a vrut să vadă dacă și bătrânul era la fel de impresionat. El l-a întrebat: „Ți-a plăcut cum am vorbit?". Bătrânul a răspuns: „Ți-am spus deja că eu sunt un simplu om și nu înțeleg foare bine aceste lucruri. Totuși, dacă intru într-un grajd și descopăr că toți caii au plecat, cu excepția unuia singur, l-aș hrăni, dar nu i-aș da toată mâncarea pe care o am".

Amânarea

Un om care a fost condamnat la moarte s-a aruncat la picioarele judecătorului să ceară îndurare. Dar acesta nu credea în cuvintele sale și în nevinovăția sa. Judecătorul a rămas neînduplecat. Când toate rugămințile bărbatului s-au dovedit inutile, acesta a cerut să i se îndeplinească ultima dorință. „Care este dorința ta?", a întrebat judecătorul. „Doamne, singura mea dorință este să mi se permită să spun două rugăciuni pe care le știu din copilărie". Judecătorul a făcut un gest de generozitate și i-a împlinit omului dorința. Dar condamnatul a privit la judecător cu ochi temători. Nici un cuvânt nu-i venea pe buze. Judecătorul și-a pierdut răbdarea și a întrebat brusc: „De ce nu spui rugăciunile?". „Doamne", a replicat bărbatul, „nu mă simt în siguranță. Cine îmi garantează că oribila sabie a călăului nu-mi va reteza capul înainte de a-mi termina rugăciunile?". „Bine", a replicat

7. Prelucrări după: Dufour, M. (1993), Pann, A. (1982), Peseschkian, N. (1986).

judecătorul în timp ce se întorcea către cei ce prezenţi, „Jur pe ce am mai sfânt că nu ţi se va întâmpla nimic atât timp cât nu ţi-ai terminat rugăciunile". Bărbatul s-a lăsat în genunchi şi a început să se roage. După prima rugăciune el s-a oprit brusc şi s-a ridicat în picioare. „Ce înseamnă asta?", a întrebat judecătorul furios. „Tu vrei deja să simţi tăişul securei în ceafă?". „Doamne, ai jurat pe ce ai mai sfânt că voi putea spune cele două rugăciuni înainte de execuţie. Prima am spus-o, dar m-am gândit să las să treacă vreo 25 de ani până s-o spun pe a doua".

O grădină şi două lumi

Într-o noapte de vară foarte călduroasă, membrii unei familii au dormit afară, în grădina din spatele casei lor. Mama a observat, cu destulă neplăcere, că fiul său şi soţia acestuia (pe care nu o suporta deloc) dormeau cuibăriţi unul în braţele celuilalt. Neputând să suporte acest lucru, ea i-a trezit şi le-a spus: „Cum puteţi dormi atât de apropiaţi unul de altul pe căldura aceasta? Este nesănătos şi periculos".

În alt colţ al grădinii dormeau fiica sa şi ginerele său, pe care îl adora. Aceştia dormeau însă departe unul de altul. Mama i-a trezit uşor spunând: „Dragii mei, cum puteţi dormi atât de departe unul de altul, când este un frig ca acesta? De ce nu vă încălziţi unul pe altul?". Nora sa, care a auzit toate aceste vorbe, s-a ridicat în capul oaselor şi, cu voce tare, a spus următoarele cuvinte, ca pe o rugăciune: „Ce milostiv este Dumnezeul nostru. O singură grădină şi o vreme aşa de schimbătoare!".

Crede în Dumnezeu şi leagă-ţi caii bine

Într-o zi de sărbătoare, o mulţime de credincioşi s-a adunat în curtea unei mănăstiri să asculte slujbele şi să se roage lui Dumnezeu. Un bărbat a ascultat atent, s-a rugat cu smerenie şi, în cele din urmă, la lăsarea serii, a plecat. El a ieşit cu greu din mulţime, dar s-a întors imediat şi a început să se plîngă, cu o voce agitată: „O, Doamne! Caii au plecat, cu căruţă cu tot, şi eu n-am cu ce să mă întorc acasă. Aceasta-i dreptatea lui Dumnezeu? Aceasta-i răsplata pentru credinţa mea? Aceasta-i mulţumirea pentru rugăciunile mele?". Un călugăr, care trecea prin apropiere, l-a auzit şi i-a răspuns cu un zâmbet îngăduitor: „Crede în Dumnezeu şi leagă-ţi caii bine".

Rugăciunea potrivită

Doi tineri căsătoriţi şi-au cumpărat o casă şi s-au gândit s-o sfinţească pentru a avea noroc cât timp vor locui acolo. L-au chemat pe preotul satului şi au pregătit şi o masă îmbelşugată cu care să încheie ceremonia. Gazda avea cele mai bune intenţii şi dorea să-şi dovedească măiestria culinară. Când a adus însă mâncarea, femeia şi-a cerut scuze pentru că bucatele pregătite de ea erau cam arse. În timp ce gătise,

ea citise diferite rugăciuni, în speranţa că masa va avea succes. Preotul i-a zâmbit prietenos şi i-a spus : „Este bine să te rogi, dar data viitoare când intri în bucătărie, roagă-te dintr-o carte de bucate".

Profesorul, un grădinar

„Munca unui profesor este ca a unui grădinar care are grijă de diferite plante. O plantă iubeşte strălucirea soarelui, alta umbra răcoroasă ; una iubeşte malul râului, alta piscul sterp al muntelui. Una rodeşte în sol nisipos, alta în pământ argilos. Fiecare necesită cea mai bună îngrijire potrivită pentru ea ; altfel rezultatul este nesatisfăcător."

(Abdu'l Baha)

Judecata lui Solomon

Două prostituate au venit la rege şi s-au plecat în faţa lui. Una din femei a spus : „O, doamne, această femeie şi cu mine locuim în aceeaşi casă. Eu am născut un copil şi, la trei zile după mine, a născut şi ea un copil. Şi nu mai era nimeni cu noi în casă. Într-o seară fiul acestei femei a murit deoarece ea s-a aşezat din greşeală peste el. Atunci, în toiul nopţii, ea mi-a luat fiul de lângă mine, în timp ce eu dormeam, şi a pus în locul lui fiul ei mort. Când m-am deşteptat dimineaţa pentru a-mi hrăni copilul, ce să văd, era mort ; dar când m-am uitat mai bine la el, am văzut că acela nu era copilul pe care l-am născut eu".

Dar cealaltă femeie a spus : „Nu, copilul care trăieşte este al meu, iar copilul mort este al tău". Prima a spus : „Nu, copilul mort este al tău, iar copilul care trăieşte este al meu". Astfel au vorbit ele înaintea regelui. Atunci regele a spus : „Una spune «Fiul meu este cel care trăieşte, iar fiul tău este mort» ; iar cealaltă spune «Nu, fiul tău este mort, iar al meu este cel care trăieşte». Aduceţi o sabie". Astfel, o sabie a fost adusă regelui, iar acesta a spus : „Tăiaţi copilul în două şi daţi o jumătate uneia şi o jumătate celeilalte". Atunci femeia al cărei fiu trăia i-a spus regelui : „O, doamne, dă-i ei copilul care trăieşte şi nu-l ucide". Dar cealaltă a spus : „Dacă nu va fi al meu, nu va fi nici al tău ; împarte-l". Atunci regele a răspuns : „Daţi copilul primei femei şi nu-l ucideţi ; ea este mama sa". Şi întreg Israelul a auzit de judecata pe care a împărţit-o ; şi ei s-au plecat cu teamă în faţa regelui, deoarece au înţeles că înţelepciunea Domnului era în el, pentru a împărţi dreptate.

Vrăjitorul

Un om a vrut odată să ia nişte nuci pentru soţia sa, deoarece aceasta i-a promis să-i gătească o prăjitură deosebită. Cu gândul la prăjitura sa preferată, omul a băgat mâna într-un borcan cu nuci şi a apucat atâtea nuci câte a putut să cuprindă cu o

singură mână. Când a încercat să scoată braţul din vas, acesta a rămas blocat în gura borcanului. Oricât de mult l-a tras şi l-a răsucit, borcanul n-a vrut să-i elibereze braţul. A plâns, a gemut, a blestemat, aşa cum nimeni n-ar trebui să facă. Dar nimic nu l-a ajutat. Chiar şi atunci când soţia sa a luat borcanul şi s-a aşezat pe el cu toată greutatea, nu s-a întâmplat nimic. Mâna lui a rămas în continuare blocată în gâtul borcanului.

După multe încercări inutile, ei şi-au chemat vecinii în ajutor. Toţi au urmărit cu atenţie scena care se desfăşura în faţa lor. Unul din vecini a aruncat o privire şi l-a întrebat pe bietul om cum de s-a întâmplat acest accident. Cu o voce plângăreaţă şi cu gemete de disperare, bietul om i-a povestit întreaga tărăşenie. Vecinul său i-a spus: „Te voi ajuta dacă vei face exact ce-ţi voi spune". „Îţi promit să fac orice îmi vei cere, dacă mă vei elibera din acest borcan", i-a răspuns omul. „Atunci vâră-ţi mâna mai adânc în borcan", a continuat vecinul.

Acest lucru i-a părut ciudat omului nostru; de ce ar trebui să bage mâna mai adânc în borcan, când el voia să o scoată de acolo? Dar a făcut aşa cum i s-a spus.

Vecinul a continuat: „Acum desfă degetele şi lasă să cadă nucile pe care le ţii în mână". Această cerere l-a supărat pe om. La urma urmei, el voia nucile pentru prăjitura sa favorită, iar acum trebuia pur şi simplu să le dea drumul. Sovăitor, el a urmat totuşi vorbele celui care îl ajuta. Vecinul a mai spus: „Strânge acum mâna şi trage-o foarte încet din borcan".

Omul a făcut şi acest lucru, şi, iată, fără nici o greutate, a reuşit să-şi scoată mâna. Dar nu era pe deplin mulţumit. „Mâna mea este liberă acum, dar unde sunt nucile? Atunci vecinul a luat borcanul, l-a înclinat şi a lăsat să se rostogolească atâtea nuci câte avea nevoie acesta. Cu ochii măriţi şi cu gura căscată, omul nostru l-a privit şi l-a întrebat: „Eşti vrăjitor?".

Pe cine ar trebui să crezi

„Poţi să-mi împrumuţi măgarul în această după-amiază?" l-a întrebat un om pe prietenul său.

„Dragă prietene", a replicat acesta, „ştii că sunt întotdeauna gata să-ţi dau ajutor când ai nevoie. Inima mea este gata să fie de acord să-ţi împrumut măgarul. Mă încântă gândul să văd cum măgarul meu îţi este atât de folositor. Dar ce pot să spun, dragă prietene? Pentru moment, altcineva are măgarul meu".

Mişcat de sinceritatea prietenului său, ţăranul i-a mulţumit generos, spunând: „Ei bine, chiar dacă nu m-ai putut ajuta, cuvintele tale frumoase m-au ajutat foarte mult". În timp ce spunea aceste cuvinte, din grajd s-a auzit răgetul măgarului. Ţăranul a tresărit şi, plin de uimire, a întrebat neîncrezător: „Ce aud? Măgarul tău este aici totuşi. L-am auzit cum zbiară".

Prietenul s-a întors roşu de furie şi i-a strigat: „Om nerecunoscător. Ţi-am spus că măgarul nu este aici. Pe cine crezi mai mult, pe mine sau răgetele stupide ale unui măgar?".

Înţelepciunea sfetnicului

Un împărat era pe un vas împreună cu unul dintre cei mai buni servitori ai săi. Servitorul, care nu mai fusese niciodată pe mare, a stat în burta goală a vasului şi a ţipat, a plâns, a tremurat şi s-a tânguit o bună parte din drum. Toţi erau drăguţi cu el şi încercau să-i calmeze temerile, dar bunătatea lor ajungea doar la urechile sale, nu şi la mintea sa temătoare.

Unul din sfetnicii împăratului n-a mai putut suporta să audă ţipetele servitorului, iar voiajul pe apele albastre, sub cerul azuriu, nu mai era o plăcere pentru el. Atunci el s-a adresat împăratului: „Măria ta, cu permisiunea voastră eu îl pot calma". Fără a ezita nici un moment, împăratul i-a dat voie să facă ceea ce credea acesta de cuviinţă pentru a rezolva problema. Sfetnicul a ordonat unui marinar să-l arunce pe servitor peste bord; marinarul s-a îndreptat bucuros către plângăcios şi l-a aruncat în apă. Speriat, simţind că se scufundă, acesta a reuşit să se agaţe de vas şi i-a rugat să-l ia din nou la bord. Marinarii l-au tras de păr înapoi.

De atunci el a stat foarte liniştit într-un colţ. Nimeni n-a mai auzit nici un ţipăt din gura lui. Împăratul era uimit şi l-a întrebat pe sfetnic: „Ce înţelepciune este cuprinsă în această acţiune?".

Sfetnicul i-a răspuns: „El nu a gustat niciodată sarea mării. Şi nici nu a ştiut cât de mare era pericolul în apă. Astfel el nu putea şti cât de minunat este să aibă scânduri trainice sub picioare lui".

Un drum greu

Un hoinar mergea pe un drum ce părea fără de sfârşit. Era încărcat cu tot felul de poveri. Un sac greu atârna în spatele său; un vas mare cu apă atârna într-o parte. În mâna dreaptă căra o piatră de formă ciudată, iar în mâna stângă, un bolovan. În jurul gâtului avea înfăşurată o frânghie încâlcită de care era prinsă o veche piatră de moară. Lanţuri ruginite, cu care el căra greutăţi grele prin praf, îl răneau în jurul gleznelor. Pe cap, bărbatul ţinea în echilibru o jumătate de dovleac. Cu fiecare pas pe care îl făcea, lanţurile zăngăneau. Gemând, el trecea mai departe pas cu pas, plângându-se de destinul său nenorocit şi de oboseala care îl chinuia.

Când fiebinţeala zilei era mai în toi s-a întâlnit cu un trecător. „O, hoinar obosit, de ce nu laşi jos bolovanul acesta?", l-a întrebat trecătorul. „Că bine zici", a replicat hoinarul, „Cum de nu l-am observat mai înainte?". Spunând acestea, el a aruncat piatra deoparte şi s-a simţit mult mai bine.

După ce a mai făcut o bucată bună de drum, un alt trecător l-a întrebat: „Spune-mi, hoinar obosit, de ce te necăjeşti cu jumătatea de dovleac de pe cap şi de ce tragi acele greutăţi de fier atârnate de lanţuri?".

Hoinarul i-a răspuns: „Sunt foarte bucuros că mi le-ai arătat. Nu mi-am dat seama de ceea ce făceam". El a scos lanţurile, a spart dovleacul într-un şanţ de pe

marginea drumului şi s-a simţit mult mai bine. Deşi o vreme s-a simţit mai uşor, cu cât mergea mai departe cu atât începea să sufere din nou.

Un alt trecător l-a privit cu uimire şi i-a spus: „O, bunule om, tu cari nisip în sac, dar vezi că în depărtare este mai mult nisip decât vei putea căra vreodată. Iar vasul tău de apă este prea mare – ca şi cum ai vrea să străbaţi un întreg deşert. După puţin timp, un râu cu apă limpede va curge alături de tine, şi te va însoţi în drumul tău pentru o bucată de vreme".

După ce a ascultat toate acestea, rătăcitorul a deschis vasul cu apă şi a vărsat apa pe potecă, a aruncat nisipul din rucsacul său şi a rămas gânditor uitându-se la asfinţitul soarelui. Ultimele raze îşi trimiteau lumina către el. S-a uitat mai atent la el şi a văzut piatra grea de moară din jurul gâtului său şi brusc a realizat că era piatra care îl făcea încă să meargă aplecat. A desprins-o şi a aruncat-o cât de departe a putut. Eliberat de greutăţile sale, el a rătăcit prin răcoarea serii pentru a găsi o colibă.

Cuiburile murdare

O pasăre îşi schimba în mod frecvent cuibul. Mirosul puternic pe care acesta îl răspândea după un anumit timp era de nesuportat. Ea s-a plâns cu amărăciune de acest lucru adresându-se unei păsări înţelepte, în vârstă şi cu multă experienţă. Aceasta i-a spus: „Prin schimbarea cuibului tău tot timpul, nu schimbi nimic. Mirosul care te deranjează nu vine de la cuib, ci de la tine".

Un motiv pentru a fi recunoscător

„Am nevoie de bani. Poţi să-mi împrumuţi 100 de lei?", îşi întrebă un bărbat prietenul.

„Am bani, dar nu ţi-i voi da. Fii recunoscător pentru aceasta!".

Supărat, prietenul răspunde: „Că ai banii şi nu vrei să-mi dai, pot înţelege. Dar că ar trebui să fiu recunoscător pentru aceasta, nu este doar de neînţeles, ci de-a dreptul bizar".

„Dragul meu prieten", răspunse celălalt, „m-ai întrebat de bani. Aş fi putut să-ţi spun: vino mâine. Mâine aş fi putut spune: îmi pare rău. Încă nu ţi-i pot da, vino poimâine. Dacă ai fi continuat să-mi ceri, aş fi putut spune: vino la sfârşitul săptămânii. În acest mod, te-aş fi putut amâna mereu, sau cel puţin până când altcineva ţi-ar fi dat banii. Dar n-ai fi reuşit să găseşti pe altcineva, pentru că ai fi fost prea ocupat să vii la mine şi ai fi contat că vei primi banii mei. Deci îţi spun de la început că nu-ţi voi da banii. Aşa, poţi căuta în altă parte şi încerca să ai mai mult noroc acolo. Fii recunoscător!".

Economie costisitoare

Un bărbat a fost adus la judecător spre a fi judecat pentru mituire. Din moment ce totul dovedea vina bărbatului, tot ceea ce mai rămăsese de făcut pentru judecător era să pronunţe sentinţa.

Judecătorul era un om rezonabil. El i-a oferit omului trei variante, din care acesta îşi putea alege pedeapsa. Acuzatul trebuia ori să plătească 100 de lei, ori să primească 50 de bice pe spinare, ori să mănânce 5 kg de ceapă. „Aleg să mănânc ceapa", a spus bărbatul cu voce tare. „Acest lucru nu poate fi în mod sigur atât de greu", îşi spunea în gând acesta, în timp ce a muşcat din prima ceapă. Dar după ce a mâncat trei sferturi din cantitate, i se făcea greaţă numai când se uita la ea. Ochii îi lăcrimau de mult şi era într-o stare vrednică de milă.

„Înaltă curte", a strigat el, „cruţă-mă. Mai degrabă primesc cele 50 de lovituri de bici decât să mai bag fie şi o singură ceapă în gură". El se gândea cu şiretenie că ar putea totuşi să-şi salveze banii. Aprodul l-a dezbrăcat şi l-a aşezat pe bancă. Privirea puternicului aprod şi biciul l-au făcut să tremure. Cu fiecare lovitură pe spatele său, el ţipa din ce în ce mai tare, până când, la a zecea lovitură, a început să se tânguiască: „Judecătorule, ai milă de mine, cruţă-mă de aceste lovituri". Aprodul nu s-a oprit până când bărbatul nu l-a implorat: „Lasă-mă să plătesc cei 100 de lei".

Trandafirul cu spini

Într-o primăvară, grădinarul unui împărat i-a adus acestuia un trandafir minunat, pe care îl cultivase cu multă grijă. Împăratul l-a luat în mână, încântat de frumuseţea lui, dar, înţepându-se în spinii lui, l-a scăpat din mână. Furios, l-a certat pe grădinar: „Degeaba ai lucrat cu atâta silinţă, floarea ta nu este perfectă. Vezi de lucrează mai bine, altoieşte-l, încearcă să obţii un trandafir fără spini şi vei fi bine răsplătit".

Grădinarul s-a întors în grădina lui şi, după mai multe încercări, a reuşit să obţină ceea ce i se ceruse. Repede a dus trandafirul împăratului. Acesta l-a luat în mână şi s-a bucurat când a văzut cât de netedă îi era tulpina, dar, când l-a dus la nas pentru a se bucura de parfumul lui, a constatat cu surprindere că nu avea nici un miros. „Ce-ai făcut cu trandafirul?", l-a întrebat împăratul, din nou furios, pe grădinar. „Nu mai are parfumul minunat pe care i-l ştiam".

„Împărate", i-a răspuns grădinarul, „orice lucru se schimbă dacă vrei să-l altoieşti. Şi nimic pe lumea asta nu este fără cusur, arbori, flori, oameni. Astfel şi acest trandafir, ori înţeapă şi are miros, ori nu-nţeapă, dar rămâne fără nici un parfum".

Transformarea

Trăiau odată, în fundul une mlaştini, câteva larve care erau foarte nedumerite în legătură cu ceea ce se întâmpla cu suratele lor după ce acestea urcau la suprafaţă, deoarece nici una din ele nu mai revenea în locul de unde plecase. Curioase şi chiar

uşor speriate, ele s-au sfătuit şi-au hotărât ca prima dintre ele, care va pleca, să se întoarcă şi să le povestească cum este acolo sus.

Foarte curând una dintre ele a simţit un imbold irezistibil de a pleca şi a început să urce uşor pe tulpina unei flori. Ajungând pe petalele florii, ea s-a odihnit puţin şi încet, încet a început a se schimba, până s-a transformat într-o superbă libelulă. Şi-a luat zborul, dar n-a uitat de promisiune şi a încercat fără succes să atragă atenţia larvelor rămase în mlaştină. Şi-a dat seama într-un târziu că, deşi surorile ei, pe care le vedea acolo jos, ar fi putut s-o vadă, nici una n-ar fi reuşit să recunoască în frumoasa libelulă larva care fusese odată.

Unde trebuie să cauţi

Trăiau odată într-un sat nişte oameni care erau mereu nemulţumiţi ba de una, ba de alta. Se certau întruna şi tot dădeau vina unul pe altul pentru orice necaz li se întâmpla. Degeaba le dădea sfaturi bune o bătrână vestită pentru înţelepciunea sa, sătenii mai mult se războiau între ei în timp ce relele se tot adunau în casele lor.

Într-o seară, aceştia au văzut-o pe bătrână în mijlocul drumului din faţa casei, aplecată să caute ceva. Au întrebat-o ce face acolo. Bătrâna le-a spus că şi-a pierdut acul. Atunci, săritori, toţi s-au pus în genunchi şi au început să caute de zor. După o vreme, unul dintre ei i-a spus : „Se lasă seara, în curând nu vom vedea deloc, poţi să ne spui mai clar unde ţi-ai pierdut acul ? ". „L-am pierdut în casă", răspunse bătrâna. „Eşti smintită", îi răspunse omul. „Ai pierdut acul în casă şi vrei să-l găseşti afară ? ". Liniştită, bătrâna îi răspunse : „Îl caut afară pentru că aici este lumină. În casă este întuneric". Cineva interveni : „Totuşi, gândeşte-te, chiar dacă ai lumină afară, cum poţi găsi acul dacă nu l-ai pierdut aici ? Cel mai bun lucru ar fi să ducem o lampă în casă şi să căutăm acul acolo unde l-ai pierdut". Bătrâna începu a râde : „Cât de inteligenţi sunteţi atunci când este vorba de lucruri simple. Când vă veţi folosi această inteligenţă pentru a înţelege ce se întâmplă cu vieţile voastre ? V-am văzut mereu căutând în exterior explicaţii pentru necazurile voastre când sunt sigură, din propria experienţă, că ar trebui să căutaţi în casele voastre rădăcinile nefericirii voastre. De ce căutaţi pacea în lucruri exterioare ? Acolo aţi pierdut-o oare ? ".

În căutarea mării

Trăia odată într-un mare acvariu un delfin ce era bucuria copiilor pentru minunatele spectacole pe care le dădea în fiecare vară. Era atât de cuminte şi de inteligent încât dresorul îi permitea adesea să iasă în larg, deoarece acesta se întorcea de fiecare dată în acvariul său.

Într-o zi însă, delfinul nostru s-a hotărât să plece în căutarea mării despre care a tot auzit vorbindu-se. Oamenii care veneau la spectacolele sale vorbeau între ei cât de frumoasă este marea, ce ape limpezi are, cât de plăcută este briza mării şi ce minunat străluceşte soarele deasupra ei. Erau unii care povesteau chiar că pot auzi glasul mării şi că de multe ori s-au lăsat mângâiaţi de apele sale.

Delfinul a pornit deci, într-o frumoasă dimineaţă de vară, în căutarea acestui loc minunat. După puţin timp a întâlnit o broască ţestoasă uriaşă pe care o întrebă cum să ajungă la mare. Aceasta îi spuse că nu este prea sigură, dar îl sfătui să meargă înainte. Foarte curând ajunse în dreptul unei balene pe care o întrebă acelaşi lucru. „Am auzit vorbindu-se de ea, dar nu ştiu prea bine unde se află", îi răspunse aceasta. A mai întâlnit şi alte animale în drumul său, dar nici una nu cunoştea locul exact unde se găseşte marea.

Într-un târziu, după ce s-a tot învârtit la întâmplare, dezamăgit că n-a reuşit să ajungă în acel ţinut minunat despre care a tot auzit vorbindu-se, a întâlnit o superbă sirenă cu părul de aur. Uimit de frumuseţea ei, s-a apropiat încet şi i-a pus aceeaşi întrebare: „Poţi să-mi spui care este drumul pentru a ajunge la mare?". „Dragă prietene", îi răspunse sirena, „dar tu te afli deja în mare; noi toţi suntem în mare. Ea este aici, în jurul nostru, cât vezi cu ochii. Apele sale te mângâie cu blândeţe, valurile sale te leagănă uşor. Tu trăieşti în această minune".

Apoi sirena dispăru, cu surâsul pe buze, văzând strălucirea din ochii delfinului.

Seara târziu, acesta reuşi să ajungă din nou în acvariul său. A înţeles însă că trăise în mare tot timpul, fără să-şi dea seama de toată frumuseţea care îl înconjura şi care îi aparţinea.

Cum să pleci în călătorie

A fost odată un om ce-şi dorea grozav să plece într-o călătorie care, spera el, ar putea să-i schimbe din temelie viaţa ce i se părea din ce mai fără rost. A început să se pregătească foarte serios pentru această experienţă şi a pierdut mult timp pentru a organiza totul cât mai bine. A urmat cursuri de geografie şi a învăţat mai multe limbi. Locul de destinaţie conta mai puţin pentru el; important era să plece.

Problemele au început atunci când s-a prezentat la agenţia de voiaj, pentru a-şi rezerva biletele de avion. „Nu vreau să merg în Mexic, nici în Grecia, nici în Italia", a spus omul nostru celui care trebuia să-i completeze biletul. „Atunci unde vreţi să mergeţi?", l-a întrebat funcţionarul. „Sigur, nu vreau să merg în Anglia, nici în Africa, nici în Australia, nici în Germania." „Asta nu ne ajută cu nimic", a spus funcţionarul, din ce în ce mai nedumerit. „Trebuie să ştiu unde doriţi să mergeţi." „Nu mă interesează Spania, Portugalia, nici Rusia sau India", a continuat viitorul turist. Funcţionarul a renunţat să mai discute cu el şi nu i-a dat nici un bilet.

Ajuns în acest impas, omul nostru s-a întors dezamăgit acasă, iar noaptea a visat că se afla într-un aeroport imens, privind cum decolează avioanele. Lângă el a apărut deodată vestitul aviator Lindberg care i-a spus: „Avioanele sunt gata să zboare oriunde. Pilotul este cel care hotărăşte aeroportul unde acestea vor ateriza".

ANEXA II

PRESCRIPȚII PARADOXALE. STRATEGII ȘI CAZURI CLINICE

I. Întreruperea cercului vicios al „soluțiilor care mențin problema"

1. Obținerea unui comportament compulsiv voluntar

Această abordare presupune o serie de intervenții care vizează reetichetarea unui comportament trăit într-un mod compulsiv (pacientul se plânge că nu poate controla simptomul) pentru a-l face „voluntar": ticuri, compulsii, dureri sau stări dureroase ca urmare a unor situații stresante, enurezis, insomnie etc. Watzlawick citează cazul unei femei care, în timpul zilei, se comporta din punct de vedere profesional impecabil, în timp ce seara se compromitea „incontrolabil", acostând bărbați și provocând astfel situații periculoase, cu atât mai mult cu cât, deși îi aducea în apartament, îi dădea afară imediat, înainte ca aceștia să obțină „favorurile sale".

Terapeutul recadrează simptomul ca expresie a unei nevoi inconștiente, care n-ar putea fi înțeleasă niciodată, de autopedepsire; el îi cere deci să se expună în mod voluntar unei situații degradante, rușinoase, de fiecare dată când ar mai trăi din nou această nevoie; de exemplu, deși este o persoană care se îmbracă ireproșabil, ar putea să iasă din casă purtând pantofi de culori diferite, sau cu o pată murdară pe față etc. (*cf.* Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

2. Acuzații inatacabile și negări fără dovezi

Este vorba aici despre acele situații, frecvente în activitatea educatorilor și asistenților sociali, în care o persoană, cunoscută în trecut pentru „comportament inadecvat", este bănuită mereu de a fi reluat vechile sale obiceiuri: alcoolism, consum de droguri, furt, imoralitate sexuală etc. „Acuzatorul" găsește ușor argumente pentru a crede că persoana respectivă a recidivat, cu atât mai mult cu cât cel în cauză își proclamă nevinovăția.

În această situație, terapeutul își exprimă părerea că a cunoaște exact care este realitatea nu numai că este imposibil pentru el, ci este până la urmă chiar de o

importanţă secundară. El invită cele două părţi în conflict la o întâlnire, îşi afirmă înţelegerea pentru „acuzator", dat fiind faptul că toată lumea recunoaşte că în trecut a existat un „comportament inadecvat", apoi lasă să se înţeleagă că „acuzatorul" nu este, poate, un observator destul de bun pentru a aduna noi indicii şi îi recomandă să înveţe să-şi rafineze capacitatea de percepţie. Pentru aceasta, ar trebui ca acuzatul să-l „ajute", prezentându-i diferite modalităţi de „simulare".

Unui copil, pe care părinţii săi îl bănuiesc de „comportament inadecvat", i se va ţine mai întâi o predică despre ceea ce înseamnă un comportament responsabil, care constă, între altele, în a fi propriul tău sfătuitor. Pentru a pune în practică acest lucru, copilul va trebui, în săptămâna următoare, să facă de mai multe ori ceva care va face plăcere părinţilor săi, având însă grijă să ascundă acest lucru. Părinţii, la rândul lor, vor trebui să încerce să ghicească ceea ce le ascunde copilul lor. Dacă acesta din urmă simte că părinţii sunt pe cale de a-l face să vorbească, atunci el va trebui, ca ultimă soluţie, să recurgă la minciună, încercând să-i facă să creadă că a comis o faptă rea. Aşa după cum ne putem imagina, regulile jocului de sistem, care întreţineau simptomul, sunt complet dezorganizate (*cf.* Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

3. Sabotajul binevoitor

Această abordare este recomandată în special părinţilor cu adolescenţi rebeli. Copilul, devenit adolescent, încearcă să scape controlului exercitat de părinţi, care, în schimb, îşi întăresc comportamentul autoritar, totul într-o escaladare progresivă, până ia forma unor transgresiuni din ce în ce mai grave şi mai periculoase („mai mult din acelaşi lucru").

Pentru a inversa ciclul („mai puţin din acelaşi lucru"), strategia sabotajului binevoitor recomandă adoptarea unei poziţii slabe, în care părinţii să mărturisească copilului că nu mai pot să-l controleze, în care să se arate depăşiţi, deprimaţi sau neputincioşi, scuzându-se în acelaşi timp pentru această situaţie. Se poate recurge, pentru a convinge părinţii să adopte această atitudine, la dorinţa lor, mereu prezentă, de a plăti copilului cu vârf şi îndesat pentru toate neplăcerile. Este important, totuşi, ca părinţii să acţioneze împreună (Haley ar spune : ca să restabilească un front unit, pentru a ieşi din „triunghiul pervers"). Dacă acest lucru pare riscant, se poate face „o prescripţie a simptomului în interiorul simptomului", spunându-le că cel mai slab dintre cei doi va face, fără îndoială, ceva pentru ca proiectul să eşueze, dar că este imposibil de prevăzut care dintre ei va fi mai slab. Sabotajul binevoitor răstoarnă situaţia tipică a familiei delincventului : în locul părinţilor ce pedepsesc la vedere, dar care sunt în secret permisivi şi ademenitori, avem de-a face cu nişte părinţi permisivi în mod deschis, binevoitori şi fără apărare, dar care pedepsesc în secret într-o manieră împotriva căreia adolescentul nu se mai poate revolta (*cf.* Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

4. Pactul diavolului

În disperare de cauză, mai ales în faţa unui client care a consultat destui alţi „experţi" fără a găsi vreodată soluţia, sau atunci când simţim că acesta tergiversează fără sfârşit pentru a evita să treacă la acţiune, peconizăm ceea ce Haley a descris, atunci când a trecut în revistă tehnicile utilizate de Erickson, drept „pactul diavolului". Acesta constă în a obţine, din partea clientului, un angajament „în alb" că va urma prescripţia primită de la terapeut, oricât de ciudată sau dificilă ar fi ea.

Terapeutul îl va asigura că deţine mijlocul (singurul de altfel) de a rezolva problema, dar că acest lucru implică un efort deosebit de dificil pentru client şi că acesta trebuie să se gândească bine înainte de a da un răspuns, în timpul celei de a doua şedinţe. Acest lucru, spune Watzlawick, pune clientul în următoarea dilemă : sau refuză, şi încetează terapia, recunoscând astfel că cererea sa, şi deci problema sa nu sunt atât de importante, sau acceptă, şi se pregăteşte să efectueze un efort real şi deci să iasă din imobilism.

Haley dă drept exemplu nişte părinţi care îşi aduc la consultaţie fiica ce suferă de „fobie şcolară". Întâmplător se află că în familie se mai găseşte o fiică psihotică şi o bunică senilă. După ce s-a obţinut, prin forţa argumentelor, acordul părinţilor că se vor conforma prescripţiei, oricare ar fi aceasta, terapeutul le cere să debranşeze toate televizoarele din casă, atât timp cât fiica nu se întoarce la şcoală.

Cum cealaltă fată şi bunica îşi petrec zilele în faţa micului ecran, părinţii refuză, ameninţând să nu mai pună niciodată piciorul în cabinetul terapeutului. Câteva săptămâni mai târziu totuşi, ei sună pentru a spune că s-au conformat prescripţiei şi că şi-au înscris fiica la o şcoală unde sunt hotărâţi s-o ducă cu forţa, dacă este necesar (*cf.* Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

5. Mai puţin din acelaşi lucru

Un cuplu vine la consultaţie, plângându-se în legătură cu dependenţa excesivă a soţului faţă de părinţi : aceştia vin la ei, de la celălalt capăt al Statelor Unite, de patru ori pe an, pentru trei săptămâni de fiecare dată, şi se ocupă de menaj, controlând şi plătind totul. Tânărul cuplu se pregăteşte cu spaimă pentru aceste vizite, face curăţenie generală şi umple cămara cu provizii pentru a preveni inevitabilele sentimente de culpabilitate.

Invocând „imensa nevoie a părinţilor" de a se simţi nişte buni părinţi care fac totul pentru copiii lor, terapeutul le recomandă ca data viitoare, din contra, să lase casa în dezordine, frigiderul gol şi să nu protesteze în nici un fel, să nu încerce să-i ajute atunci când părinţii se vor comporta ca de obicei. Mai rău : să nu le mulţumească decât din vârful buzelor. Ne putem imagina cum tatăl, la sfârşitul viitoarei vizite, îl va lua pe fiul lui deoparte pentru a-i spune, cu amabilitate dar în mod ferm, că el şi soţia lui sunt prea răsfăţaţi şi că vor trebui să înveţe, de acum înainte, să se comporte ca nişte adulţi independenţi ! (*cf.* Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

6. Anunţăm în loc să ascundem

Problema constă în existenţa unui sentiment de jenă în legătură cu un comportament pe care clientul se teme că nu-l poate ascunde, deşi acesta îi provoacă un puternic sentiment de ruşine : a avea trac, a roşi, a se bâlbâi, a se teme să nu facă o gafă etc.

Tratamentul va consta în a cere persoanei să arate sau să-şi mărturisească jena, în împrejurări pe care le va putea alege singură şi pe care le va putea controla. Oratorul va putea anunţa în public că are trac. Tânăra fată care roşeşte uşor va fi poate convinsă că, în toată literatura sentimentală, este lăudat farmecul eroinei care se înroşeşte de emoţie. Celui care se teme să nu facă vreo gafă (şi aici este vorba de o intervenţie foarte tipică a şcolii strategice) i se va recomanda să planifice cu grijă, în timpul săptămânii următoare, două ocazii în care îşi va propune să facă o mică gafă jenantă, dar fără consecinţe deosebite ; această prescripţie va putea fi susţinută de argumentarea că este vorba de o „experienţă" pentru a explora „ce simte el în astfel de împrejurări" şi pentru a descoperi „cum poate dezvolta controlul voinţei în astfel de împrejurări" (*cf.* Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

7. Prescripţia non-schimbării

În acest caz, ce interesează mai ales terapeuţii care lucrează cu tineri neadaptaţi, terapeutul (supervizat de Cloé Madanes) adoptă strategia care constă în a prescrie non-schimbarea.

Este vorba de o adolescentă care are un comportament inacceptabil faţă de mama sa vitregă, îi răspunde grosolan etc. Tatăl mai are doi copii mai mici (tot de la prima sa soţie) şi un bebeluş de la actuala soţie.

Într-o primă întâlnire, fiica plânge şi nu vrea deloc să vorbească ; mama vitregă îşi manifestă frustrarea şi mânia ; tatăl explică faptul că fiica sa a avut o copilărie mizerabilă cu o mamă alcoolică, de care şi el a reuşit cu greu să se separe.

Terapeutul încearcă, mai întâi, să sugereze mai multe activităţi care vizează implicarea fetei şi a mamei vitrege, dar acest lucru nu reuşeşte să îndepărteze obiecţiile mamei.

Madanes, care observă în spatele oglinzii false (obiect omniprezent în terapiile familiale), trage concluzia că s-a ivit o problemă de comunicare între terapeut, care este o femeie tânără şi neexperimentată, şi mamă, care refuză ca aceasta să-i dicteze comportamentul. Ea convoacă terapeutul în sala de observaţie şi recomandă o strategie de restricţie a comportamentului : aceasta le va spune că nu este sigură că ar fi bine ca fiica să se schimbe, deoarece în situaţia în care fiica şi mama vitregă ar deveni foarte bune prietene, tatăl ar putea să se simtă exclus, cei doi copii mici ar deveni poate geloşi, şi chiar mama vitregă s-ar putea, probabil, să nu accepte faptul că a reuşit să-şi facă datoria mai bine decât propria mamă etc.

Fiecare din aceste profeţii în legătură cu eventualele nenorociri ce s-ar putea ivi a fost respinsă cu forţă de diverşi membri ai familiei, dar la următoarea şedinţă s-a aflat că mama vitregă a fost la cumpărături cu fiica şi că i-a cumpărat o fustă scurtă

(îmbrăcăminte care nu era pe placul tatălui). Fata a făcut curăţenie în casă şi a spălat rufele. La următoarea şedinţă, terapeutul observă că mama vitregă se coalizează cu fata împotriva tatălui, datorită fustei scurte, şi că s-a întâmplat exact lucrul de care îi era teamă : s-ar putea ca tatăl să nu tolereze o astfel de schimbare. Tatăl o asigură că nu este nici o problemă. Terapeutul îşi exprimă îndoielile privitor la valoarea schimbării observate, este de părere că mama şi fiica se achită de obligaţiile familiale, dar că, în mod sigur, nu le face plăcere să muncească împreună, şi le sugerează să reflecteze mai mult asupra consecinţelor nefaste ale unei schimbări înşelătoare.

Săptămâna următoare s-a aflat că tatăl a fost plecat câteva zile de acasă, iar mama vitregă şi fiica au petrecut câteva seri împreună, jucând diferite jocuri şi simţindu-se foarte bine împreună (*cf.* Haley, J., 1976).

8. Conotaţia pozitivă a simptomului şi prescripţia lui

Pacientul este un bărbat în vârstă de 50 ani, cu diagnosticul de mutism psihogen. Mutismul era instalat de aproximativ cinci luni, în urma unui şoc psihologic provocat de un eveniment imputabil pacientului ; acesta trăia un intens sentiment de culpabilitate, concomitent cu suportarea unor reproşuri frecvente din partea soţiei. Sora şi cumnatul pacientului (care l-au însoţit pe acesta la terapeut) relatează câteva episoade, situate în intervalul celor cinci luni, în care pacientul a putut vorbi relativ normal. Investigaţiile paraclinice au exclus posibilitatea unei etiologii somatice.

În momentul prezentării la cabinetul de psihoterapie, pacientul nu vorbea, iar comunicarea nonverbală, foarte deficitară, se realiza doar prin uşoare mişcări ale globilor oculari.

Strategia terapeutică a constat în conotaţia pozitivă a evenimentului care a provocat şocul psihologic şi a simptomului, urmate de prescripţia (paradoxală) a acestuia (în prezenţa sorei şi cumnatului).

Terapeutul : *„Decizia pe care aţi luat-o dovedeşte puterea de a hotărî să trăiţi după cum simţiţi şi gândiţi, indiferent de opinia celorlalţi. Din nefericire, consecinţele acestei decizii nu au fost cele pe care le aşteptaţi... În aceste condiţii, inconştientul dumneavoastră a ales cel mai bun comportament pentru a vă menţine echilibrul psihologic... Tăcând, aţi evitat angajarea în discuţii conflictogene cu cei din jur. De aceea, cel mai important lucru acum este să tăceţi în continuare, până când inconştientul dumneavoastră va mobiliza şi alte resurse necesare menţinerii echilibrului psihologic, astfel încât să puteţi renunţa la simptom".*

În şedinţa următoare am indus o transă hipnotică, în timpul căreia am realizat o progresie de vârstă. Utilizând procedeul ideosemnalizării dinamice, am identificat faptul că simptomul va dispărea peste trei săptămâni, ceea ce s-a şi întâmplat. (Ion Dafinoiu)

II. Prescripţia simptomului şi introducerea unor elemente voluntare în desfăşurarea acestuia

1. O şansă egală pentru toate degetele

Disperat, într-o seară, un tată i-a telefonat lui M. Erickson şi l-a rugat să-i facă o vizită la domiciliu, deoarece avea un băieţel care îşi sugea de mult timp şi într-un mod foarte neplăcut degetul. Când a ajuns, Jimmy, băiatul lor de şase ani, se plimba, sugându-şi degetul mare şi împingând cu el dinţii din faţă.

„Jimmy, i-a spus M. Erickson, părinţii tăi m-au rugat să mă ocup de tine. Tu eşti acum pacientul meu şi nimeni nu are voie să intervină în legătură cu ceea ce vom stabili împreună, nici măcar părinţii tăi. Şi acum să vorbim deschis. Acest deget, de la mâna stângă, este degetul tău ; această gură este a ta ; aceşti dinţi din faţă sunt dinţii tăi. Cred că ai tot dreptul să faci ce vrei tu cu degetul tău mare, cu gura şi cu dinţii tăi. Sunt ai tăi, şi vreau ca acest lucru să fie foarte limpede pentru tine. Aş dori să faci cu ei tot ceea ce doreşti.

Mai am însă ceva de adăugat. Unul din primele lucruri pe care le-ai învăţat când erai la grădiniţă a fost că trebuie să-ţi aştepţi rândul. La fel ai procedat şi acasă, când ai aşteptat să-ţi vină rândul să fii servit la masă. Dar nu cred că ai dreptate, sau că este corect, sau că este bine să sugi mereu degetul mare de la mâna stângă şi să nu te gândeşti că trebuie să-i vină rândul şi degetului mare de la mâna dreaptă". Apoi a continuat : „Ai supt doar degetul mare de la mâna stângă, nici unui alt deget nu i-a venit rândul. Tu eşti acum un băieţel mic, nu cred că ai făcut lucrul acesta în mod deliberat. Cred că ai vrea ca tuturor degetelor să le vină rândul la supt într-un mod echitabil".

Vă puteţi imagina ce înseamnă să sugi pe rând toate cele zece degete ? Vă puteţi imagina o sarcină mai dificilă pe lumea asta ? Şi Jimmy s-a străduit din răsputeri să sugă toate degetele la fel.

Terapeutul i-a mai spus : „Jimmy, ai acum peste şase ani şi vei fi în curând un băiat mare de şapte ani ; ştii, n-am văzut niciodată un băiat mare sau un bărbat care să-şi sugă degetul, aşa că ar trebui mai bine să sugi tot ceea ce poţi înainte de a fi un băiat mare de şapte ani".

Jimmy a încetat să-şi mai sugă degetul înainte de a împlini şapte ani. Era atunci un băiat mare ! (*cf.* Erickson, 1990).

2. Dubla legătură

Un băiat de doisprezece ani a fost adus de către părinţii săi la M. Erickson. De doisprezece ani făcea în pat. A fost bătut. N-a fost scutit de nimic : nu i s-a dat să mănânce, să bea apă, i s-au făcut examene citoscopice de nu ştiu câte ori, a consumat cantităţi impresionante de sulfat de atropină şi o mulţime de alte medicamente pe care medicii le prescriu pentru a-i chinui pe enuretici. Părinţii lui i-au

explicat cum l-au pus cu nasul în patul ud, cum l-au bătut, modul în care l-au făcut să suporte tot felul de lucruri umilitoare.

M. Erickson a început prin a explica părinţilor ce avea de făcut fiecare. Le-a spus că băiatul este acum pacientul său şi că, prin urmare, trebuie să-l lase în pace, să nu mai vorbească de pat ud, nici de pat uscat, nici să nu mai pomenească cuvântul pat în prezenţa sa.

L-a chemat pe Joe în cabinet şi i-a explicat : „Este 2 ianuarie şi ţi-ai udat patul, după cum spun părinţii tăi, în fiecare noapte timp de doisprezece ani. Ştii acest lucru, îl ştiu şi eu, să uităm acum toate acestea. Să vorbim mai curând de ceva care este cu adevărat important.

Acum este 2 ianuarie şi nu cred că ar fi rezonabil, n-ar fi deloc rezonabil pentru mine să mă aştept ca, peste două săptămâni, să începi să păstrezi mereu patul uscat. Şi, precum ştii, atunci luna ianuarie va fi aproape pe terminate, iar luna februarie este o lună mai scurtă. Vrea cineva să discute despre acest lucru ? Este o lună scurtă şi nu cred că ar trebui să începi să păstrezi patul uscat în permanenţă înainte de luna martie. Nu pare rezonabil să faci acest lucru înainte de această lună, dar vreau să-ţi spun că s-ar putea să ţi se pară interesant s-o faci. Peste două săptămâni (am arătat un calendar de pe perete) mi-ar plăcea să te gândeşti la această întrebare : *După două săptămâni, voi păstra patul uscat pentru prima oară, într-o zi de miercuri sau joi ?* De azi în două săptămâni. *Va fi miercuri sau joi ziua în care voi păstra patul uscat ?*

Joe a venit vineri dimineaţă şi i-a spus : „Ştiţi, s-a întâmplat în ambele zile ! ".

Ce a făcut atunci terapeutul ? L-a pus în situaţia dublei legături. El trebuia să aştepte una din cele două nopţi pentru a avea primul său pat uscat. Nu ştia în ce noapte va fi uscat şi a fost chiar el însuşi surprins.

M. Erickson a continuat : „Februarie este o lună atât de scurtă încât, în mod rezonabil, n-ai putea păstra patul uscat mai mult de trei nopţi în fiecare din cele patru săptămâni din februarie – trei nopţi consecutiv în fiecare din cele patru săptămâni. Acum, asta nu înseamnă că nu vei putea avea patul uscat una sau două nopţi, dar nu cred că ar fi rezonabil să ne aşteptăm să păstrezi patul uscat mai mult de trei nopţi în fiecare săptămână".

Patul lui Joe a început să rămână uscat foarte repede şi terapeutul i-a spus, la sfârşitul lui februarie : „Tot nu ştiu când vei putea păstra patul uscat în permanenţă, dar eşti irlandez şi sărbătoarea de Sfântul Patrick este o zi atât de frumoasă ; însă când mă gândesc la felul în care s-au purtat părinţii cu tine, cred că 1 aprilie ar fi, de asemenea, o zi foarte frumoasă. Ceea ce aş vrea să înţelegi, Joe, este că ziua în care vei începe să ai patul uscat în permanenţă, că va fi de Sfântul Patrick sau de 1 aprilie sau în orice altă zi din acest interval, *această zi este problema ta*. Acest lucru nu mă priveşte. Acest lucru nu priveşte, de asemenea, pe nimeni".

Joe a păstrat patul uscat începând cu o zi între Sfântul Patrick şi 1 aprilie la vârsta de doisprezece ani, fără ca terapeutul să ştie care este această zi.

Copilul trebuie lăsat să-şi aleagă singur, în maniera sa, momentul în care va începe să păstreze patul uscat în permanenţă. Faptul că a fost structurat sub forma

dublei legături nu schimbă deloc situaţia terapeutică. Este foarte important să se folosească legăturile duble pentru a avea siguranţa că pacientul va răspunde într-un mod adecvat (Erickson, 1990).

3. *Modificarea contextului*

Modificând contextul în care se desfăşoară simptomul, modificăm simptomul şi, adesea, acesta dispare brusc sau progresiv.

O pacientă avea tendinţa să-şi smulgă părul din cap (ceea ce în limbaj medical se numeşte tricotilomanie) ; i s-a cerut ca, pentru fiecare fir de păr smuls din zona din care îl smulgea de obicei (o zonă situată deasupra frunţii), să-şi smulgă un alt fir de la ceafă. Pacienta şi-a dat seama că avea mai putin tendinţa de a-şi smulge părul de pe frunte, ştiind că trebuie să facă acelaşi lucru şi cu părul de la ceafă, în mod deliberat. I s-a dat apoi o sarcină dificilă, să înfăşoare în jurul unui băţ de chibrit fiecare fir de păr pe care şi l-ar smulge. Această sarcină s-a dovedit a fi foarte utilă deoarece ceea ce nu ştia terapeutul era că aceasta avea tendinţa de a îndepărta rădăcina firului de păr după ce îl smulgea ; acest lucru făcea parte din ritual. Pacienta şi-a dat seama că nu putea să înfăşoare firul de păr pe băţul de chibrit deoarece îi lipsea rădăcina firului. A început să-şi smulgă mai rar părul. Părul a început să-i crească şi pacienta a început să se arate mai interesată de aspectul acestuia : şi-a schimbat coafura şi a început să poarte unghii lungi artificiale. Descoperind că lungimea unghiilor o împieda să-şi mai smulgă părul, a încetat definitiv să mai facă acest lucru (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

4. *Modificarea frecvenţei sau ritmului*

Un pacient avea obiceiul să mănânce dulciuri cu frenezie, în timpul unor accese de bulimie. I s-a cerut să mănânce bomboane, în mod deliberat, într-un ritm lent şi în afara crizelor de bulimie (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

5. *Schimbarea organizării simptomului în timp*

O pacientă deprimată a fost sfătuită să-şi programeze criza de depresie mai degrabă la o anumită oră în fiecare noapte decât să aştepte ca ea să apară la întâmplare (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

6. *Schimbarea duratei simptomului*

Unui pacient care îşi spăla mîinile într-un mod „compulsiv" i se poate cere să spele mâna stângă timp de cel puţin cinci minute şi mâna dreaptă nu mai mult de 30 de secunde, la fiecare spălare de mâini (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

7. Schimbarea locului de desfăşurare a simptomului

Un cuplu se plângea de faptul că între ei aveau loc, adesea, certuri inutile şi destul de violente, lucru pe care cei doi îl regretau în final.

Terapeutul le-a cerut ca, în momentul în care vor începe următoarea dispută, să se ducă imediat în sala de baie. Acolo, soţul ar trebui să-şi scoată toate hainele şi să intre în cadă ; soţia trebuia să rămână îmbrăcată şi să se aşeze pe scaunul de la closet. Pe cât posibil, ar trebui să-şi continue cearta, în aceste condiţii. Cei doi n-au reuşit să continue disputa : au început să râdă de absurdul situaţiei. Mai târziu, atunci când ridicau tonul în timpul unei discuţii, unul dintre ei arunca o privire spre camera de baie şi începeau amândoi să râdă, evitând, astfel, cearta (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

8. Introducerea unui element nou în schema de desfăşurare a simptomului

Unei paciente care avea accese de bulimie i s-a cerut să-şi pună pantofii preferaţi înainte de a începe să se îndoape cu mâncare. Acest lucru a fost suficient pentru a întrerupe schema de comportament şi pentru a face să înceteze crizele de bulimie (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

9. Schimbarea succesiunii elementelor sau a evenimentelor în schema de desfăşurare a simptomului

O adolescentă era sătulă să tot audă reproşurile tatălui în legătură cu comportamentul său reprobabil. A fost sfătuită să înregistreze aceste reproşuri şi, la momentul potrivit, să-l depăşească pe tatăl său în viteză, dând drumul la înregistrare (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

10. Divizarea schemei simptomului în elemente mai mici

Unui cuplu i s-a propus să nu se mai certe decât în scris. Bărbatul trebuia să-şi rezerve cinci minute pentru a scrie propria sa versiune asupra disputei, apoi trebuia să dea foaia soţiei, pentru ca aceasta să şi-o scrie pe a ei (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

11. Legarea desfăşurării simptomului de unele activităţi neplăcute

Un cuplu, care se afla pe punctul de a divorţa, a venit să consulte un terapeut. După spusele celor doi, soţul era un „împătimit de muncă" care nu-şi ţinea niciodată promisiunile de a se întoarce acasă, seara, devreme. Atunci când se întorcea la ora 20 şi 30 de minute sau la ora 21, deşi ar fi trebuit să plece de la serviciu la ora 17, soţia sa îl primea, în mod invariabil, cu reproşuri, după care se pornea cearta. Soţul

a început să se întoarcă din ce în ce mai târziu acasă, în speranta că soţia sa va fi deja adormită şi că va putea astfel să evite cearta lor nocturnă. Singura lui zi liberă era duminica, pe care şi-o petrecea, de obicei, dormind sau privind la televizor de pe canapeaua din salon. Soţia se plângea că ea nu-şi dorea un astfel de bărbat drept soţ. Ea prefera, în zilele de duminică, să facă vizite la părinţii săi sau la socri, dar soţul său nu agrea aceste vizite şi făcea totul pentru a rămâne pe canapea.

Soţul a admis că ar putea, în mod rezonabil, să se întoarcă acasă în jurul orei 20. S-a convenit ca soţia să nu-i mai reproşeze întârzierile, dar ea trebuia, în schimb, să-şi noteze toate aceste întârzieri de după ora 20. La sfârşitul săptămânii, ea trebuia să facă totalul lor, iar soţul trebuia să consacre acest timp pentru a face vizite rudelor, duminica, fără să se plângă. În scurt timp, soţul s-a întors la timp acasă (*cf.* Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

12. Modificarea desfăşurării simptomului

Pacienta este o fetiţă de şase ani şi nouă luni cu diagnosticul de „petit mal mioclonic" ; mai precis, ori de câte ori cineva îi atinge picioarele – corpul, capul şi braţele pacientei încep să tremure şi să realizeze mişcări incontrolabile.

Terapeutul a intervievat pacienta – Maria – în prezenţa mamei :

T. : Eu îţi voi atinge acum picioarele şi doresc să văd dacă corpul tău începe să se contracte... (Terapeutul atinge uşor picioarele pacientei şi corpul a reprodus contracturile obişnuite). Foarte bine ! Eşti o fetiţă mare şi îţi mulţumesc că mă ajuţi să cunosc mai bine problemele tale... Acum te rog să-ţi imaginezi că îţi ating picioarele... (după câteva momente, pacienta a reprodus simptomele). Foarte bine ! Ai o imaginaţie extraordinară ! Îţi voi atinge acum picioarele, dar te rog să-ţi imaginezi că nu ţi le ating ! ... (pacienta rămâne liniştită şi nu reproduce simptomul). Foarte bine ! Ai într-adevăr o imaginaţie deosebită !

În continuare, terapeutul lucrează cu pacienta, în absenţa mamei :

T. : Maria, peste câteva luni vei fi o domnişoară de 7 ani ! Crezi că o adevărată domnişoară de 7 ani are astfel de probleme ?

P. : Nu cred !

T. : Foarte bine ! Te rog să profiţi de timpul care ţi-a mai rămas până atunci, pentru a produce aceste comportamente ori de câte ori doreşti ! ... De câte ori pe săptămână ţi se întâmplă să ai astfel de probleme ?

P : Zilnic, de câteva ori pe zi...

T: Având în vedere imaginaţia deosebită pe care o ai, crezi că ai putea concentra toate aceste probleme într-o singură zi ?

P : Da !

T: Preferi ca această zi să fie la începutul săptămânii sau la începutul ei ?

P : La începutul săptămânii... luni... pentru a scăpa mai repede... !

În şedinta următoare (desfăşurată în spitalul în care era internată) – după două zile – timp în care simptomele nu au mai apărut (n-a fost nici o zi de luni !) am indus pacientei o transă hipnotică în care i-am spus o poveste terapeutică. Conflictul

metaforic era izomorf conflictului trăit de fetiţă (care avea sentimentul că părinţii îl iubesc mai mult pe fratele ei mai mare) şi sugera soluţia că abandonarea simptomului este o dovadă de maturitate şi aduce mai multă dragoste şi preţuire din partea părinţilor şi prietenilor decât aduce simptomul. Pacienta a evoluat pozitiv, renunţând, în cele din urmă - după câteva zile de luni cu „probleme" - la simptom. (Ion Dafinoiu)

13. Prescripţia simptomului

Unui pacient, care suferea de fobia că ori de câte ori iese din casă transpiră şi se înroşeşte puternic, terapeutul i-a prescris - cu scopul „clarificării" diagnosticului - ca venind de acasă spre cabinetul de psihoterapie să transpire şi să se înroşească cât poate de mult! Când a ajuns la cabinet, a relatat că, deşi s-a străduit să respecte prescripţia, nu a reuşit! (Ion Dafinoiu)

III. Strategii paradoxale în terapia familiei

Strategia nr. 1 : *Părinţii cer copilului să-şi manifeste simptomul*

Uneori, simptomul unui copil exprimă, în mod analogic, problema unuia din părinţii săi. De exemplu, dacă slujba tatălui este una foarte „solicitantă", copilul poate avea migrene. Simptomul copilului exprimă problema parentală şi, în acelaşi timp, încearcă să o rezolve, deoarece tatăl uită de „problemele sale de le serviciu", încercând să facă să dispară migrena fiului său. Cu cât părinţii se ocupă mai mult de copil, cu atât ei păstrează funcţia simptomului. Relaţia dintre părinţi şi copii se bazează pe această susţinere binevoitoare. Altfel spus, prin simptom, copilul vine în ajutorul părinţilor ; iar părinţii încearcă, fără succes, să ajute copilul să scape de simptom. O modalitate de a rezolva problema este de a face ca părinţii să încurajeze copilul să-şi manifeste simptomul. În acest mod, asistenţa mutuală a părinţilor şi a copilului este blocată. Simptomul nu mai are funcţia de a ajuta părinţii şi de a provoca, în schimb, ajutorul lor ; astfel el poate dispărea.

Un băiat de doisprezece ani este adus la terapeut deoarece îşi udă patul în fiecare noapte. Această problemă nu are cauze somatice. Mama a fost internată o dată pentru o depresie. Tatăl lucrează multe ore pe zi. Mama se plânge de faptul că soţul îi acordă prea puţin interes şi, în schimb, este atras de alte femei.

Terapeutul face ipoteza că enurezisul este, pe rând, expresia metaforică a comportamentului incorect al tatălui faţă de mamă şi o tentativă de a-i ajuta, îngrijorându-i destul de mult pentru a-i distrage de la problemele lor. Din cauza simptomului, mama se concentrează mai mult asupra enurezisului fiului decât asupra propriei sale depresii sau asupra conflictului conjugal. Tatăl ar trebui să-şi ajute mai mult fiul, ar trebui să discute cu mama despre problemele acestuia, uitând şi el de problemele conjugale ; astfel băiatul îşi ajută părinţii.

Terapia începe prin utilizarea mai multor metode obişnuite pentru a se rezolva problema fiului, cu ajutorul tatălui. Dacă băiatul udă patul, tatăl va fi acela – nu mama – care va trebui să spele cearşaful. Enurezisul fiului va deveni astfel o grijă a tatălui, nu a mamei. Tatăl va trebui, de asemenea, să cumpere un ceas deşteptător pentru ca fiul său să se scoale noaptea şi să meargă la baie. Şi tot tatăl va trebui să recompenseze fiul dacă acesta nu mai udă patul. Tatăl nu se achită de nici una din aceste sarcini. El se scuză şi promite mereu că se va ocupa de această problemă săptămâna următoare.

După mai multe săptămâni, terapeutul îi cere tatălui să promită că va fi de acord să îndeplinească o sarcină mult mai dificilă (soluţie la care s-a recurs deoarece acesta a dovedit că nu este în stare să se ţină de promisiune). Tatăl îşi dă acordul şi terapeutul îi cere ca, în fiecare seară, timp de o săptămână, să dea băiatului să bea un pahar mare de apă, să-l oblige să urineze în pat şi apoi să-l forţeze să se culce în patul ud. Trebuia să rămână în cameră până cînd copilul a adormit în patul ud.

Familia a revenit la terapie după opt zile, iar tatăl povesteşte că a fost torturat de dilema de a se supune sau nu prescripţiei. A încercat de două ori, dar fiul său a plâns şi l-a rugat să nu-l oblige să ude patul. Şi-a dat seama atunci că terapeutul nu a dorit cu adevărat ca el să acţioneze în acest mod, ci a dorit să-l facă să înţeleagă faptul că are un rol de jucat în rezolvarea problemei.

În următoarele zile tatăl a petrecut mult mai mult timp cu fiul său, a lipsit chiar de la serviciu o zi pentru acest lucru. Fiul n-a mai udat patul în ultimele zile, a fost recompensat pentru aceasta. Tatăl a spus că doreşte să-şi ajute copilul în felul său, petrecând mai mult timp cu el, ceea ce terapeutul a acceptat (*cf.* Madanes, 1991).

Strategia nr. 2 : *Părinţii cer copilului să se prefacă a avea simptomul*

În loc să încurajeze copilul să-şi manifeste simptomul, terapeutul îi poate cere să se prefacă. Şi părinţii pot, de asemenea, să pretindă că-şi ajută copilul, când acesta se preface că are respectiva problemă. În acest caz, copilul nu mai are nevoie de adevăratul simptom pentru a-şi ajuta părinţii ; mimarea simptomului este suficientă pentru a mobiliza grija părinţilor. Dar neliniştea acestora este, de asemenea, mimată şi, astfel, întreaga situaţie se transformă într-un joc al simulării.

O tânără fată de cincisprezece ani este adusă la terapie din cauza frecventelor sale crize de epilepsie, în situaţia în care medicamentele nu-şi mai fac efectul.

La prima şedinţă, părinţii – mai ales tatăl – şi, de asemenea, fraţii şi surorile fetei par foarte îngrijoraţi de starea acesteia. Tânăra fată este timidă şi tăcută. Terapeutul presupune că simptomul are o funcţie protectoare în familie, dar n-are nici un indiciu în legătură cu această funcţie – în afară de faptul că le pigmentează viaţa. Terapeutul cere fetei să încerce să aibă o criză în sala de consultaţie, iar familiei să reacţioneze aşa cum o face acasă. Tânăra fată se aşază pe jos, începe să geamă şi să tremure, încercând să-şi provoace o criză. Familia se apleacă

asupra ei, mai ales tatăl, încurajând-o şi dându-i sfaturi. Ea n-a reuşi să-şi provoace criza. Atunci, terapeutul îi cere să mimeze că are o criză, iar familia să mimeze reacţiile obişnuite în astfel de situaţii.

Terapeutul a cerut acest lucru familiei având următorul obiectiv : dacă tânăra fată reuşeşte să-şi controleze declanşarea crizelor (provocându-le în mod voluntar), ea ar putea, ulterior, să controleze ne-apariţia lor. Cum ea nu reuşeşte să declanşeze voluntar criza, soluţia este să mimeze una. Familia trebuie s-o ajute, aşa cum o face de obicei, pentru a da impresia că este vorba de o criză adevărată.

Se prescrie părinţilor să joace această scenă dramatică în fiecare seară, în prezenţa întregii familii. Dacă apare o criză adevărată în timpul nopţii, părinţii trebuie să scoale ceilalţi copii pentru ca tânăra să simuleze o a doua criză. Trebuie să facă acest lucru, indiferent la ce oră din noapte sau cât de obosiţi sunt. Prescripţia este construită în aşa fel încât să încurajeze membrii familiei să schimbe maniera de a se proteja unii pe alţii (cf. Madanes, 1991).

Strategia nr. 3 : *Părinţii cer copilului să simuleze că îi ajută*

Când un copil îşi protejează părinţii printr-un comportament simptomatic, el îi ajută într-un mod voalat. Acest lucru nu mai este necesar, dacă se clarifică situaţia şi dacă copilul poate să-şi ajute părinţii pe faţă. În mod obişnuit, atunci când copilul are o problemă, părinţii se găsesc, aparent, într-o poziţie superioară acestuia ; indirect însă, ei se găsesc într-o situaţie inferioară, datorită puterii simptomului. Dacă terapeutul incită părinţii să se pună, în mod clar, în poziţie inferioară, aceştia, împreună cu copilul, se vor împotrivi acestei ierarhii neadecvate, iar familia se va reorganiza redând părinţilor poziţia superioară.

O abordare similară constă în a forţa părinţii să mimeze faptul că s-ar afla într-o poziţie inferioară şi că au nevoie de ajutorul copilului. Acesta va fi încurajat să simuleze că îşi ajută părinţii. Pentru a-şi proteja părinţii, copilul nu va mai avea nevoie de simptom, deoarece aceştia i-au cerut, pe faţă, ajutorul, pe care l-au primit, de asemenea, pe faţă. În acest cadru al simulării, părinţii şi copilul se angajează în construirea unui raport ludic. Unul din aspectele incompatibile ale ierarhiei, acela în care copilul se găseşte în poziţie superioară, va fi doar un joc ; va fi vorba doar de simulare şi incompatibilitatea ierarhică va dispărea.

O mamă apelează la terapie pentru fiul să de zece ani care are spaime nocturne. În familie mai sunt două surori mai mari şi un frate mai mic.

Băiatul pare taciturn şi preocupat. Terapeutul presupune că este îngrijorat în legătură cu mama sa, care a pierdut doi soţi, nu are bani, nu vorbeşte engleza şi are o legătură (care trebuie să rămână secretă) cu un bărbat.

Deoarece băiatul are spaime nocturne, terapeutul cere fiecărui membru al familiei să-şi povestească visele. Doar mama şi fiul au coşmaruri. Mama visează că în casă intră un hoţ, iar fiul că este atacat de o vrăjitoare. Terapeutul întreabă ce se întâmplă atunci când fiul are coşmaruri. Mama îi spune că îl ia în patul său şi-i cere să se gândească la Dumnezeu şi să se roage. Îi face semnul crucii pe frunte pentru a-l proteja împotriva diavolului care îi provoacă coşmaruri.

Ipoteza se bazează pe ideea că spaimele nocturne ale copilului sunt expresia metaforică a spaimelor mamei şi, în acelaşi timp, o tentativă de a oferi ajutor mamei. Dacă fiul este îngrozit, mama trebuie să fie puternică, pentru a-l proteja. Dar, protejându-l, ea îl îngrozeşte mai mult vorbindu-i de Dumnezeu şi diavol. Mama şi fiul sunt prinşi într-o situaţie în care se ajută în mod nepotrivit.

În timpul primei şedinţe, membrii familiei sunt rugaţi să se comporte ca acasă. Mama aude zgomotul produs de hoţ, una din fiice joacă rolul hoţului, iar fiul primeşte sarcina de a-şi ajuta mama. Mama trebuie să simuleze că are nevoie de ajutorul fiului deşi, în realitate, nu este cazul. Băiatul se preface că-şi ajută mama, atacându-l pe hoţ. Totul nu este decât un joc.

Familia joacă cu dificultate această scenă, deoarece mama doreşte să atace ea însăşi hoţul, înainte ca fiul său să-i sară în ajutor. Această incapacitate a mamei de a-şi juca corect rolul transmite mesajul că aceasta este capabilă să se apere singură, că nu are nevoie de ajutorul fiului. Această situaţie este un exemplu privind rezultatele imprevizibile ale prescripţiei de a simula.

Atunci când scena este jucată corect, fiul atacă hoţul şi, apoi, toată lumea se aşază pentru a comenta performanţele fiecăruia. Terapeutul critică mama pentru greutatea cu care aceasta îşi manifestă frica, cu care aceasta se abţine să acţioneze pentru a lăsa fiului şansa de a ataca hoţul. Mama răspunde că ea este o persoană responsabilă, perfect capabilă să se apere. Acesta este motivul pentru care îi este atât de greu să joace rolul impus. Acesta este un mesaj spontan al mamei către fiul său, exprimând faptul că ea nu are nevoie de protecţia sa.

Terapeutul cere familiei să se reunească în fiecare seară acasă, timp de o săptămână, pentru a rejuca scena. Dacă, în timpul nopţii, mama îl aude pe fiul ei ţipând în somn, ea trebuie să-l scoale, să scoale ceilalţi copii şi să-i oblige să repete scena, la orice oră din noapte şi oricât de obosiţi ar fi. Prescripţia este destinată să modifice modul inadecvat în care aceştia se ajută unul pe altul (cf. Madanes, 1991).

BIBLIOGRAFIE

Angelo, C. (1987), „L'emploi de l'objet métaphorique en thérapie familiale", in Ackermans, A., Andolfi, M. (eds.), *La création du système thérapeutique*, Paris, ESF.

Apfeldorfer, G. (1994), „Éclectisme et ortodoxie en psychothérapie", in Marie-Cardine, M., Chambon, O, Meyer, R. (eds.), *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*, Toulouse, Le Coudrier/Somatothérapies.

Balint, M., Balint, E. (1976), *Techniques psychothérapeutiques en médicine*, Paris, Payot.

Bandler, R. (1990), *Un cerveau pour changer*, Paris, InterEditions.

Belpaire, F. (1994), *Intervenir auprès des jeunes inadaptés sociaux*, Laval (Québec), Ed. Méridien.

Bergin, A.E., Garfield, S.L. (eds.) (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, N.Y., Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, John Wiley and Sons, Inc.

Bettelheim, B. (1976), *Psychanalyse des contes de fées*, Paris, Robert Laffont.

Beutler, L.E., Consoli, A.J. (1998), „La psychothérapie éclectique systématique", in Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

Boltanski, L. (1981), „Un singulier «Colloque» : rapport malade-médicin et classes sociales", in *Pour*, mai/juin, pp. 19-24.

Booth, Ph. (1990), „Pouvons-nous faire confiance à l'inconscient ?" in *Phoenix*, nr. 8, pp. 2-10.

Brehm, J.W., Cohen, A.R. (1962), *Explorations in Cognitive Dissonance*, New York, London, John Wiley and Sons.

Brehm, S.S., Kassin, S.M. (1990), *Social Psychology*, Boston, Houghton Mifflin Company.

Cade, B.W. (1985), „Unpredictibility and Change : A Holographic Metaphor", in Weeks, G.R. (ed.), *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin, pp. 28-59.

Cancrini, L. (1993), *La psychothérapie : Grammaire et syntaxe*, Paris, ESF.

Cayrol, A., Barrere, P. (1994), *La programmation neuro-linguistique (PNL)*, Paris, ESF.

Chambon, O., Marie-Cardine, M. (1994), „Intégration, éclectisme et formation du psychothérapeute : une reflexion nécessaire", in Marie-Cardine, M., Chambon,

O.F., Meyer, R. (eds.), *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*, Toulouse, Le Coudrier/Somatothérapies.

Clarkson, P., Pokorny, M. (eds.). (1994), *The Handbook of Psychotherapy*, London, N.Y., Routledge.

Collette, A. (1985), *Introduction à la psychologie dynamique*, Bruxelles, Ed. de l'Université de Bruxelles.

Corigliano, N.A.M. (1987), „L'emploi de la métaphorique en thérapie familiale", in Ackermans, A., Andolfi, M. (eds.), *La création du système thérapeutique*, Paris, ESF.

Dafinoiu, I. (1992), „Consideraţii privind stadiul actual al cercetărilor în domeniul sugestiei", in *Analele Stiinţifice ale Universităţii „Al.I. Cuza", Psihologie-Pedagogie*, T. I, pp. 76-84.

Dafinoiu, I. (1993), „Expectanţa : definiţie, delimitări conceptuale", in *Analele Stiinţifice ale Universităţii „Al.I.Cuza". Psihologie-Pedagogie*, TI, pp. 76-84.

Dafinoiu, I. (1996), *Sugestie şi hipnoză*, Bucureşti, Ştiinţă şi Tehnică.

Dafinoiu, I. (1999), „Inconştientul – o construcţie interpersonală ?" in Bogathy, Z., Petroman, P. (ed.), *Psihologia azi*, Timişoara, Eurobit.

Dafinoiu, I., Puzdriac, C. (1999), „O lectură psihoterapeutică a magiei", in Bogathy, Z., Petroman, P. (ed.), *Psihologia azi*, Timişoara, Eurobit.

Dovero, M., Grebot, E. (1992), *Enseigner, former, conseiller avec PNL*, Paris, ESF.

Dufour, M. (1993), *Allégories pour guérir et grandir*, Montreal, Paris, Les Editions de l'Homme, Les Editions JCL.

Dupont, R. (1981), „Pouvoir et rensponsabilité des médicins – entretien avec le docteur Loukakis", in *Pour*, mai/juin, p. 78.

Duruz, N. (1994), „Narcissisme des théories et pluralité des modèles" in Marie-Cardine, M., Chambon, O, Meyer, R. (eds.), *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*, Toulouse, Le Coudrier/Somatothérapies.

Enatescu, V. (1981), *Dialogul medic-bolnav*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.

Erickson, M.H. (1990), *L'hypnose thérapeutique*, Paris, ESF.

Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1986), *Tactiques du changement*, Paris, Seuil.

Frankl, V.E. (1985), „Paradoxical intention", in Weeks, G.R., *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin.

Freud, S. (1980), *Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihanaliză. Psihologia vieţii cotidiene*, Bucureşti, EDP.

Garfield, L.S. (1998), „La psychothérapie éclectique : des facteurs communs", în Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

Gelso, C.J., Carter, J.A. (1994), „Components of the Psychotherapy Relationship : Their Interaction and Unfolding During Treatment" in *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 41, nr. 3, pp. 296-306.

Gheorghiu, V.A., Netter, P., Eysenck, H.J., Rosenthal, R. (eds.), (1989), *Suggestion and Suggestibility : Theory and Research*, Berlin, Springer-Verlag.

Gilieron, E. (1997), *Manuel de psychothérapies brèves*, Paris, Dunod.

Godin, J. (1992), *La nouvelle hypnose : vocabulaire, principes et méthode*, Paris, Albin Michel.

Greenberg, S.L. (1994), „What is «real» in the relationship? Comment on Gelso and Carter (1994)", in *Journal of Counseling Psychology*, 41, 307-309.

Gudjonsson, G.H. (1989), „Theoretical and Empirical Aspects of Interrogative Sugestibility", in Gheorghiu, V.A., Netter, P., Eysenck, H.J., Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research*, Berlin, Springer-Verlag, pp. 135-143.

Guyotat, J. (1978), *Psychothérapies médicales*, Paris, New York, Barcelone, Milan, Masson.

Haley, J. (1976), *Problem Solving Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass

Haley, J. (1984), *Un thérapeute hors du commun, Milton H. Erickson*, Paris, EPI.

Haley, J. (1991), *Leaving home*, Paris, ESF.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, M.D. (1991), *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*, Oxford, N.Y., Tokio, Oxford University Press.

Hawton, K., Kirk, J. (1991), „Problem-solving", in Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, M.D. (1991). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*, Oxford, N.Y., Tokio, Oxford University Press.

Holdevici, I. (1996), *Elemente de psihoterapie*, Bucureşti, ALL.

Horner, A.J. (1985), *Treating the Oedipal Patient in Brief Psychotherapy*, New York, London, Jason Aronson.

Huber, W. (1997), *Psihoterapiile. Terapia potrivită fiecărui pacient*, Bucureşti, Ştiinţă şi Tehnică.

Hyman, H.T. (ed.), (1975), *Interviewing in Social Research*, Chicago şi London, The University of Chicago Press.

Ionescu, G. (1985), „Psihologia actului terapeutic", in Ionescu, G., Bejat, M., Pavelcu, V. (red.), *Psihologia clinică*, Bucureşti, Editura Academiei.

Ionescu, G. (1990), *Psihoterapie*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică.

Ispirescu, P. (1993), *Tinereţe fără bătrâneţe*, Galaţi, Porto Franco.

Kirsch, I. (1985), „Response Expectancy as a Determinant of Experience and Behavior", in *American Psychologist*, 40(11), pp. 1189-1202.

Lambert, J.M. (1998), „La recherche sur les résultats", in Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

Lambert, M.J., Bergin, A.E. (1994), „The Effectiveness of Psychotherapy", in Bergin, A.E., Garfield, S.L. (eds.) (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, N.Y., Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, John Wiley şi Sons, Inc.

Lankton, S.R., Lankton, H.C. (1983), *The Answer Within : a Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*, New York, Brunner/Mazel.

Lankton, S.R., Lankton, C.H. (1985), „Ericksonian Styles of Paradoxical Treatment", in Weeks, G.R., *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1994), *Vocabularul psihanalizei*, Bucureşti, Humanitas.

Lazarus, A.A. (1998), „La thérapie multimodale : éclectisme méthodique et intégration minimale", in Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

Madanes, C. (1990), „Strategies and Metaphors of Brief Therapy", in Zeig, J.K., Gilligan, S.G. (eds.), *Brief Therapy. Myths, Methods, and Metaphors*, New York, Brunner/Mazel.

Madanes, C. (1991), *Stratégies en thérapie familiale*, Paris, ESF.

Malarewicz, J.A. (1992), *Quatorze leçons de thérapie stratégique*, Paris, ESP.

Malarewicz, J.A., Godin, J. (1986), *M.H. Erickson. De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*, Paris, ESF.

Marc, E., Picard, D. (1984), *L'école de Palo Alto*, Paris, Retz.

Marie-Cardine, M., Chambon, O. (1994), „Place de l'approche intégrative et éclectique en France", in Marie-Cardine, M., Chambon, O., Meyer, R. (eds.), *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*, Toulouse, Le Coudrier/Somatothérapies.

Marie-Cardine, M., Chambon, O., Meyer, R. (eds.) (1994), *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*, Toulouse, Le Coudrier/Somatothérapies.

McGuire, W.J. (1989), „A Mediational Theory of Susceptibility to Social Influence", in Gheorghiu, V.A., Netter, P., Eysenck, H.J., Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research*, Berlin, Springer-Verlag, pp. 305-322.

Mills, J.C., Crowley, R.J. (1995), *Métaphores thérapeutiques pour enfants*, Marseille-Cantini, Paris, Hommes şi Perspectives ; Desclée de Brouwer.

Moutin, E. (1991), „L'inconscient : mode d'emploi", in *Phoenix*, nr. 11-12, pp. 65-74.

Mucchielli, R. (1974), *L'observation psychologique et psychosociologique*, Paris, ESF.

Mucchielli, R. (1994), *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, Paris, ESF.

Mugny, G., Perez, J.A. (1996), „Strategii de influenţă socială şi persuasiune : teoria elaborării conflictului", in Neculau, A. (coord.), *Psihologie socială*, Iaşi, Polirom.

Neculau, A. (1996), „O perspectivă psihologică asupra schimbării", in A. Neculau (coord.), *Psihologie socială. Aspecţe contemporane*, Iaşi, Polirom.

Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.) (1998), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

Norcross, J.C., Newman, F.C. (1998), „L'intégration en psychothérapie : synthèse et/ou éclectisme", in Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

O'Connor, J., Seymour, J. (1995), *Introduction à la PNL*, Paris, Vigot.

Orlinsky, D.E. (1992), „Apport de la recherche à la connaissance des psychothérapies. Introduction", in Gerin, P., Dazord, A, *Recherches cliniques „planifiées" sur les psychothérapies*, Paris, INSERM, pp. 7-34.

Pann, A. (1982), *Povestea vorbii*, Bucureşti, Minerva.

Patton, M.J. (1994), „Components of the Counseling Relationship – an Evolving model : Comment on Gelso and Carter", in *Journal of Counseling Psychology*, 41, pp. 310-312.

Peseschkian, N. (1986), *Oriental Stories as Tools in Psychotherapy*, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer-Verlag.

Prochaska, J.O. (1984), *Systems of Psychotherapy*, Homewood, Illinois, Dorsey Press.

Prochaska, O.J., Diclemente, C.C. (1998), „L'approche transthéorique", in Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

Ricoeur, P. (1998), *Despre interpretare. Eseu asupra lui Freud*, Bucureşti, Trei.

Rogers, C.R. (1968), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod.

Rogers, C. (1974), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF.

Rosen, S. (1986), *Ma voix t'accompagnera... Milton H. Erickson raconte*, Paris, Hommes et Groupes Edit.

Rosenhan, D.L. (1988), „Être sain dans un environnement malade", in Watzlawick, P., *Invention de la réalité*, Paris, Seuil.

Salem, G. (1987), *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, New York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paulo, Masson.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1992), *Paradoxe et contre-paradoxe*, Paris, ESF.

Sexton, L.T., Whiston, S.C. (1994), „The status of the counseling relationship ; an empirical review, theoretical implications, and research directions", in *The Counseling Psychologist*, Vol. 22, nr. 1, London, New Delhi, Sage Periodicals Press.

Shapiro, D.A. (1981), „Comparative Credibility of Treatment Rationales : Three Tests of Expectance Theory", in *British Journal of Clinical Psychology*, 20, pp. 111-122.

Shazer, S. de (1985), *Keys to solution in brief therapy*, New York, London, W.W. Norton şi Company.

Shea, D.J., „Suggestion, Placebo, and Expectation : Immune Effects and Other Bodly Change", in Schumaker, J.F. (ed.), *Human Suggestibility*, New York, London, Routledge, pp. 253-278.

Sinelnikoff, N. (1998), *Les Psychothérapies. Dictionnaire critique*, Paris, ESF.

Tenenbaum, S. (1996), *L'hypnose éricksonienne : Un sommeil qui éveille*, Paris, InterEditions/Masson.

Tennen, H., Eron, J.B., Rohrbaugh, M., „Paradox in Context", in Weeks, G.R. (ed.), *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin, pp. 187-215.

Tennen, H., Affleck, G. (1981), „Paradoxe – Based Treatments", in Snider, C.R., Forsyth, D.R. (eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology : The Health Perspective*, New York, Pergamon Press.

Thierry, M. (1991), „Une approche communicationnelle de l'hypnose et des psychothérapies", in *Phoenix*, nr. 11-12, pp. 65-70.

Vianu, I. (1975), *Introducere în psihoterapie*, Cluj-Napoca, Editura Facla.
Wallon, Ph. (1991), *La relation thérapeutique et le développement de l'enfant*, Toulouse, Privat.
Walrond-Skinner, S. (1992), *A Dictionary of Psychotherapy*, London, New York, Routledge and Kegan Paul.
Walter, J.L., Peller, J.E. (1992), *Becoming Solution – Focused in Brief-Therapy*, New York, Brunner/Mazel, Inc.
Watson, C. (1985), „A Delphi Study of Paradox in Therapy", in Weeks, G.R. *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin.
Watzlawick, P. (1988), „La mouche et la bouteille à mouches", in Watzlawick, P. (ed.), (1988), *L'invention de la réalité*, Paris, Seuil.
Watzlawick, P. (ed.), (1988), *L'invention de la réalité*, Paris, Seuil.
Watzlawick, P. (1990), „Therapy Is What You Say It Is", in Zeig, J.K., Gilligan, S.G., *Brief therapy. Miths, methods, and metaphors*, New York, Brunner/ Mazel, Inc.
Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1975), *Changements. Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Ed. Du Seuil.
Weeks, G.R. (1985), *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin.
Widlocher, D. (1970), *Freud et le problème du changement*, Paris, PUF.
Wilkinson, I. (1998), *Child şi Family Assesment*, London, New York, Routledge.
Wittezaele, J.J., Garcia, T. (1992), *À la recherche de l'École de Palo Alto*, Paris, Ed. Du Seuil.
Zastrow, Ch. (1989), *The Practice of Social Work*, Chicago, The Dorsey Press.
Zeig, J.K., Gilligan, S.G. (eds.), (1990), *Brief Therapy. Myths, Methods, and Metaphors*, New York, Brunner/Mazel.
Zimbardo, Ph. G., Leippe, M.R. (1991), *The Psychology of Attitude Change and Social Influence*, New York, McGraw-Hill, Inc.

COLLEGIUM. Psihologie

au apărut:

Adrian Neculau (coord.) – *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
Andrei Cosmovici – *Psihologie generală*
Adrian Neculau, Gilles Ferréol (coord.) – *Minoritari, marginali, excluşi*
Constantin Cucoş – *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
Mielu Zlate (coord.) – *Psihologia vieţii cotidiene*
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) – *Stereotipuri, discriminare şi relaţii intergrupuri*
Serge Moscovici – *Psihologia socială sau maşina de fabricat zei*
Adrian Neculau (coord.) – *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
Andrei Cosmovici, Luminiţa Iacob (coord.) – *Psihologie şcolară*
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) – *Psihosociologia rezolvării conflictului*
Mircea Miclea – *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*
Mielu Zlate – *Psihologia mecanismelor cognitive*
Mielu Zlate – *Introducere în psihologie*
Eva Drozda-Senkowska – *Psihologia socială experimentală*
Cornel Havârneanu – *Cunoaşterea psihologică a persoanei. Posibilităţi de utilizare a computerului în psihologia aplicată*
Steve Duck – *Psihologia relaţiilor interumane. Teorie, concepte şi noţiuni fundamentale*
Valentin Clocotici, Aurel Stan – *Statistică aplicată în psihologie*
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) – *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Jean Delacour – *Introducere în neuroştiinţele cognitive*
Ion Dafinoiu – *Personalitatea. Metode de abordare clinică: observaţia şi interviul*
Aurel Stan – *Testul psihologic. Evoluţie, construcţie, aplicaţii*
Alex Mucchielli – *Arta de a influenţa. Analiza tehnicilor de manipulare*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron – *Cunoaşterea şi judecarea celuilalt*
Jean-Claude Abric – *Psihologia comunicării. Teorii şi metode*
Bruna Zani, Augusto Palmonari – *Manual de psihologia comunităţii*
Ion Dafinoiu, Jenő László Vargha – *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice*
Adrian Neculau (coord.) – *Manual de psihologie socială*
Mihaela Vlăsceanu – *Organizaţii şi comportament organizaţional*
Iolanda Mitrofan (coord.) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*
Jacques Montangero – *Vis şi cogniţie*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihosexologie*
Roy Schafer – *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*
Patrick Rateau – *Metodele şi statisticile experimentale în ştiinţele umane*
Ivana Marková – *Dialogistica şi reprezentările sociale*
Zoltán Bogáthy (coord.) – *Manual de psihologia muncii şi organizaţională*
Dorina Sălăvăstru – *Psihologia educaţiei*
Mielu Zlate – *Leadership şi management*
Constantin Enăchescu – *Tratat de igienă mintală*
Mielu Zlate – *Tratat de psihologie organizaţional-managerială* (vol. I)

Ticu Constantin – *Evaluarea psihologică a personalului*
Ana Stoica-Constantin – *Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare şi diminuarea efectelor*
Alex Mucchielli – *Arta de a comunica. Metode, forme şi psihologia situaţiilor de comunicare*
Nicolae Mitrofan, Laurenţiu Mitrofan – *Testarea psihologică. Inteligenţa şi aptitudinile*
Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha – *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*
Vasile Cernat – *Psihologia stereotipurilor*
Marius Milcu – *Psihologia relaţiilor interpersonale*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihopatologie*
Romeo Zeno Creţu – *Evaluarea personalităţii*
Gerald Matthews, Ian J. Deary, Martha C. Whiteman – *Psihologia personalităţii. Trăsături, cauze, consecinţe*
Daniel David – *Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente*
Mihai Curelaru – *Reprezentări sociale*
Daniel David – *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*
Dennis Howitt, Duncan Cramer – *Introducere în SPSS pentru psihologie*
Ana Muntean – *Psihologia dezvoltării umane*
Alin Gavreliuc – *De la relaţiile interpersonale la comunicarea socială. Psihologia socială şi stadiile progresive ale articulării sinelui* (ediţia a II-a)
Daniel David – *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*
Constantin Enăchescu – *Tratat de teoria cercetării ştiinţifice* (ediţia a II-a)
Nicolas Guéguen – *Psihologia manipulării şi a supunerii*
Mielu Zlate – *Tratat de psihologie organizaţional-managerială* (vol. II)
Zoltán Bogáthy (coord.) – *Manual de tehnici şi metode în psihologia muncii şi organizaţională*
Daniel David, Oana Benga, Alina S. Rusu – *Fundamente de psihologie evoluţionistă şi consiliere genetică. Integrări ale psihologiei şi biologiei*
Serge Moscovici, Fabrice Buschini (coord.) – *Metodologia ştiinţelor socioumane*
Adrian Neculau – *Dinamica grupului şi a echipei*
Mihai Aniţei – *Psihologie experimentală*
Petru Lucian Curşeu – *Grupurile în organizaţii*
Gilles Amado, André Guittet – *Psihologia comunicării în grupuri*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihopatologie* (ediţia a IV-a)

Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266
700506, Iaşi, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare) ; E-mail: office@polirom.ro
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174
Tel.: (021) 313.89.78; E-mail: office.bucureşti@polirom.ro



Tipografia S.C. PRINT MULTICOLOR S.R.L. Iaşi
str. Bucium nr. 34, Iaşi, 700265
Tel.: 0232-211225, 236388; Fax: 0232-211252

Psihologie

Ion Dafinoiu

Elemente de PSIHOTERAPIE INTEGRATIVĂ

Psihoterapia – fişă de identitate • Schimbarea psihoterapeutică • Conştient – inconştient • Relaţia psihoterapeutică • Structura verbală a psihoterapiei • Metafora terapeutică • Prescripţiile paradoxale în psihoterapie

Psihoterapia conţine astăzi un număr din ce în ce mai mare de sisteme şi teorii şi pune în faţa specialiştilor o serie de dileme care pot fi elucidate doar prin abordări curative flexibile, menite să întâlnească nevoile specifice ale oamenilor în suferinţă.

Inclusă pe lista de servicii decontate prin sistemul asigurărilor de sănătate, psihoterapia se adaugă în mod necesar actului medical, împreună cu care încearcă să realizeze cea mai profitabilă combinaţie terapeutică în beneficiul pacientului.

Cartea se adresează psihologilor, medicilor, asistenţilor sociali, pedagogilor şi studenţilor de la Facultatea de Psihologie.

Ion Dafinoiu este profesor doctor la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, şeful Catedrei de Psihologie Medicală şi Psihopedagogie Specială din cadrul Universităţii „Al.I. Cuza” din Iaşi.

Collegium

Editura POLIROM
www.polirom.ro


ISBN 978-973-46-0843-0